



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Ricardo Augusto Ramos Maia

Abril de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

Ricardo Augusto Ramos Maia

Sob a orientação

do Mestre Paulo Alves e

co-orientação do Mestre Armando Almeida

Abril de 2015

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da avaliação no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Ele integra a exposição do percurso realizado, traduzindo por fases o conjunto de todas as atividades desenvolvidas. Perceção, análise e ação formam assim um fio condutor que justifica as estratégias destacadas e utilizadas para fazer face aos problemas que foram surgindo.

Assim, o módulo I corresponde à fase de Diagnóstico de Saúde onde foi elaborado um instrumento de recolha de dados e posteriormente aplicado numa população selecionada por conveniência na abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Campanhã. Esta primeira fase definiu como áreas de intervenção a Gestão e Adesão ao Regime Medicamentoso.

A Intervenção Comunitária refere-se ao módulo II onde os quatro utentes alvo desta intervenção foram referenciados pela UCC de Campanhã e distribuídos aleatoriamente e no final foi possível afirmar que em todos os utentes abrangidos pela intervenção foram obtidos ganhos em saúde. Por fim o módulo III, de carácter opcional, desenvolveu-se na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Campanhã e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de São Roque da Lameira de forma a desenvolver conhecimentos e competências no acompanhamento e na assistência do indivíduo nos seus processos de vida, tendo culminado na elaboração de uma norma para a UCC/ECCI de Campanhã sobre as Superfícies de Apoio.

A metodologia exposta passa essencialmente pela exploração de evidências estatísticas resultantes dos formulários realizados junto da população considerada. Após uma caracterização da amostra aleatória inquirida, o processamento estatístico permitiu evidenciar tendências e correlações não paramétricas consideradas relevantes e explicitadas no presente documento.

Num contexto mais global e para finalizar, uma reflexão crítica aborda e sintetiza os objetivos traçados e respetivos resultados, as dificuldades sentidas e as competências desenvolvidas no que rumo à Especialidade em Enfermagem Comunitária diz respeito.

Palavras- Chave: Gestão do Regime Medicamentoso, Comunidade, Diagnostico de Saúde, Enfermagem Comunitária.

Abstract

This report is part of the evaluation in the syllabus of the 7th Master in Nursing with specialization in Community Nursing, Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. It integrates the exposure of paid route, resulting in phases the set of all activities performed. Perception, analysis and action thus form a common thread that justifies the strategies highlighted and used to address the problems that arose.

Thus, the module I corresponds to Health Diagnostic phase where a data collection instrument was developed and then applied to a population selected by convenience in the scope of the Community Care Unit (CCU) of Campanhã. This first phase defined as areas of intervention Management and Adherence to Medication Regime.

The Community Intervention refers to the module II where the four target users of this intervention were referred by UCC campaign is randomly distributed and at the end it was possible to say that in all users covered by the intervention were obtained health gains. Finally the III module, optional character, developed in the Team Continuous Care (ECCI) Campanhã and Personalized Health Care Unit (UCSP) of São Roque da Lameira in order to develop knowledge and skills in monitoring and the individual's assistance in their life processes, culminating in the development of a standard for UCC / ECCI campaign on the Surface Support.

The methodology set out passes essentially the exploitation of statistical evidence resulting from the forms made with the population considered. After a characterization of the surveyed a random sample, the statistical processing has highlighted nonparametric trends and correlations considered relevant and explained in this document. In a global context and to finish, a critical reflection approaches and summarizes the strokes and their outcomes objectives, these difficulties and skills developed in the course Specialists in Community Nursing concerns.

Key-words: Medication Regime Management, Community, Health Diagnostic, Community Nursing.

Agradecimentos

À minha família pela paciência e incansável apoio,
À minha mulher, à Ana Luísa e ao Zé Pedro pela força e motivação para continuar,
Ao Professor Paulo Alves, por toda a compreensão, receptividade e disponibilidade,
Ao Professor Armando Almeida, pela colaboração e orientação;
À Enfermeira Vitória Leal Coordenadora da UCC de Campanhã e
à Enfermeira Maria do Céu Magalhães da UCSP de São Roque da Lameira pelo apoio,
confiança e colaboração,
A todos os colegas da ECCI de Campanhã e da UCSP de São Roque da Lameira por tudo
o que esta etapa significou nas nossas vidas...

Pensamento

"A mente que se abre a uma nova ideia nunca mais volta ao seu tamanho original."

Albert Einstein

Abreviaturas/Símbolos

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECTS- European Credit Transfer and Accumulation System

ICN- International Council of Nurses

INE- Instituto Nacional de Estatística

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS - Organização Mundial de Saúde

PO- Porto Oriental

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA- Superfícies de Apoio

SIES – Sessão individual de Educação para a Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Nº - Número

% - Percentagem

Índice

1. Introdução	15
2. Diagnóstico de Saúde	23
3. Intervenção Comunitária	29
3.1 Intervenção no Utente A	31
3.2 Intervenção no Utente B	37
3.3 Intervenção no Utente C	43
3.4 Intervenção no Utente D	47
4. Atividades do Módulo III	53
5. Reflexão sobre as competências adquiridas.....	57
5.1 Gestão.....	57
5.2 Conhecimento e Prestação de Cuidados	58
5.3 Comunicação	59
5.4 Investigação	59
5.5 Formação	60
5.6 Supervisão Clínica.....	60
6. Conclusão	61
7. Bibliografia	63

Anexos

Anexo I- Projeto de Estágio módulos I e II.....	67
Anexo II- Diagnóstico de Situação.....	69
Anexo III- Instrumento de recolha de dados.....	71
Anexo IV- Plano da sessão de apresentação dos resultados à UCC.....	73
Anexo V- Apresentação dos Resultados.....	75
Anexo VI- Plano de Intervenção da utente A.....	77
Anexo VII- Regime Medicamentoso da utente A.....	79
Anexo VIII- Plano de intervenção da utente B.....	81
Anexo IX- Regime Medicamentoso da utente B.....	83
Anexo X- Suporte escrito para o registo de glicemias capilares.....	85

Anexo XI- Plano de intervenção da utente C.....	87
Anexo XII- Regime Medicamentoso da utente C.....	89
Anexo XIII- Plano de Intervenção do utente D.....	91
Anexo XIV- Regime Medicamentoso do utente D.....	93
Anexo XV- Superfícies de Apoio.....	95

Índice de quadros

Quadro 1- problemas encontrados na fase de Diagnóstico.....	27
Quadro 2- Indicadores de processo para a utente A.....	33
Quadro 3- Indicador de resultado para o Diagnóstico Gestão do Regime Medicamentoso da utente A.....	33
Quadro 4- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso da utente A.....	34
Quadro 5- Indicadores de resultado para a dimensão Memória na utente A.....	34
Quadro 6- Indicador de resultado da dimensão Conhecimentos sobre medidas de segurança na utente A.....	34
Quadro 7- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização na utente A.....	34
Quadro 8- Indicador de resultado para o Diagnóstico Não Adesão ao Regime Medicamentoso na utente A.....	35
Quadro 9- Indicadores de resultado para a dimensão crença errónea de saúde na utente A.....	35
Quadro 10- Indicadores de processo para a utente B.....	39
Quadro 11- Indicador de resultado para o diagnóstico Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido na utente B	40
Quadro 12- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimento sobre o regime Medicamentoso da utente B.....	40
Quadro 13- Indicador de resultado para a dimensão Memória na utente B.....	40
Quadro 14- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização na utente B.....	41
Quadro 15- Indicador de resultado para a dimensão Adesão ao Regime Medicamentoso da utente B.....	41
Quadro 16- Indicador de resultado para a dimensão Adesão ao Teste Diagnóstico da utente B.....	41
Quadro 17- Indicadores de processo para a utente C.....	45
Quadro 18- Indicador de resultado para o diagnóstico Regime Medicamentoso comprometido na utente C.....	45
Quadro 19- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimento sobre o regime Medicamentoso na utente C.....	46
Quadro 20- Indicadores de resultado para a dimensão Memória na utente C.....	46

Quadro 21- Indicador de resultado da dimensão Conhecimentos sobre medidas de segurança na utente C.....	46
Quadro 22- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização na utente C.....	46
Quadro 23- Indicadores de processo para a utente D.....	49
Quadro 24- Indicador de resultado para o diagnóstico Gestão do Regime Medicamentoso comprometido no utente D.....	50
Quadro 25- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso no utente D.....	50
Quadro 26- Indicador de resultado da dimensão Conhecimentos sobre medidas de segurança do utente D.....	51
Quadro 27- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização do utente D....	51

1. Introdução

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, inserida no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

O estágio realizou-se em três módulos totalizando 750 horas sendo que destas 540 horas foram de contacto e as restantes de trabalho do aluno. A cada módulo foram atribuídos 10 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) perfazendo no final 30 ECTS.

Os módulos I e II desenvolveram-se ambos na Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã (UCC de Campanhã). O módulo I denominado de “Diagnóstico de Saúde” decorreu entre 28 de Abril de 2014 e 28 de Junho de 2014 com o objetivo de realizar um diagnóstico de saúde na população idosa com mais de 65 anos no que se refere à gestão do regime medicamentoso nesta população da área circundante da UCC de Campanhã, de forma a identificar os principais problemas ou necessidades.

Posteriormente o módulo II, desta vez denominado de “Intervenção Comunitária” no período compreendido entre 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014 permitiu implementar planos de intervenção com base a resolver ou melhorar os problemas e necessidades encontradas no módulo anterior.

Por fim o módulo III decorreu de 10 de Novembro de 2014 a 21 de Janeiro de 2015 e desenvolveu-se na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Campanhã (ECCI de Campanhã) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de São Roque da Lameira (UCSP de São Roque da Lameira), com vista a conhecer mais e melhor o trabalho que é desenvolvido por estas duas unidades na comunidade, de forma a desenvolver competências rumo à especialidade em enfermagem comunitária.

A orientação tutorial ficou a cargo da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Coordenadora da UCC de Campanhã nos módulos I, II e III tendo repartido neste último a orientação com a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária da UCSP de São Roque da Lameira.

Pretende-se com este relatório através de uma metodologia descritiva apresentar de forma clara todo percurso realizado ao longo dos três módulos, evocando todas as atividades realizadas, os resultados obtidos e consequentemente a sua avaliação.

Nesse âmbito foi definida uma estrutura dividindo o presente documento em seis partes, sendo estas:

Introdução, onde se faz uma breve referência aos objetivos deste relatório bem como ao trabalho desenvolvido.

Seguidamente é evocado de forma resumida o Diagnóstico de Saúde realizado bem como os problemas encontrados e a sua priorização. Posteriormente é apresentada a implementação dos planos de intervenção.

Seguindo-se uma reflexão acerca das competências desenvolvidas rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária, e posteriormente com as principais conclusões alcançadas, por fim é apresentada toda a bibliografia consultada.

O conjunto dos desenvolvimentos apresentados ao longo da estrutura pretende identificar e caracterizar as competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária que se foram desenvolvendo durante este período. Acresce a esse objetivo, permitir o desenvolvimento de competências critico-reflexivas na construção do presente documento enquanto parte integrante da avaliação do estágio.

A contextualização e a motivação que circundam a exposição do conjunto de atividades desenvolvidas assentam sobre considerações relativas aos cuidados de saúde primários.

Os cuidados de saúde primários (CSP) representam a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde para os indivíduos, famílias e comunidade, aproximando o mais possível os locais onde as pessoas vivem e trabalham, dos cuidados de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Pois hoje em dia os enfermeiros desempenham as suas funções nas casas dos utentes, nas escolas, nos locais de trabalho, nas prisões, em centros comunitários, e como não poderia deixar de ser nos centros de saúde, hospitais praticando e desenvolvendo sempre em qualquer que seja o seu contexto de atuação investigação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados de saúde primários como sendo: *“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu*

desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação” (O.M.S. , 1978).

Assim os cuidados de saúde primários deixam transparecer a existência de quatro princípios fundamentais que estão na sua origem e manutenção tais como (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008):

- Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis, onde qualquer pessoa deve ter um acesso razoável aos serviços essenciais de saúde, sem barreiras financeiras nem geográficas.
- Participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde encorajando o público a participar no planeamento e tomadas de decisão acerca dos seus próprios cuidados de saúde, e deve ser-lhe dada a capacitação necessária para o fazer.
- Abordagem intersectorial à saúde, onde os profissionais de vários setores, incluindo o setor público, trabalham de forma interdependente com os membros da comunidade para promover a saúde da comunidade.
- Tecnologia apropriada, desta forma a tecnologia e as formas de cuidado devem basear-se nas necessidades de saúde e ser adaptados de forma adequada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade.

Os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, dizem-nos que: “ *Os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo de vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente*” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A enfermagem comunitária tendo o seu foco de atuação na comunidade dota o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária de um papel preponderante através da sua prática, no profissional mais capacitado para prestar os específicos e diferentes cuidados de saúde ao utente, grupo ou comunidade para que estes possam experienciar as suas respostas aos processos de vida sempre o melhor possível, traduzindo ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim sendo o enfermeiro especialista tem no exercício da sua ação, a educação para a saúde, bem como a sua manutenção, o diagnóstico de saúde das populações, o tratamento da doença, mas também o restabelecimento e reintegração do indivíduo e ainda a possibilidade de coordenar e gerir a avaliação dos cuidados prestados. Mas não se pense que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária atua sozinho. Pelo contrário, este deve trabalhar, cooperar e articular com outros profissionais de saúde bem como quais quer outros parceiros comunitários (sociais, económicos ou ate mesmo políticos) que sejam relevantes para a resolução e manutenção do melhor estado de saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades traduzindo uma prática contínua e global (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao longo dos tempos tem-se notado um envelhecimento gradual da nossa população, associado ao aumento da esperança média de vida e da associação crescente das doenças crónicas à faixa etária de igual ou superior a 65 anos, colocam-se por isso novas exigências aos sistemas de saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A realidade que sustenta o parágrafo acima referido prende-se com a melhoria dos cuidados de saúde, bem como o desenvolvimento de novos fármacos e o aumento da prescrição dos mesmos.

Existem vários estudos que comprovam o elevado consumo de medicamentos nesta faixa etária. Segundo a (O.M.S., 2002), estima-se que: 50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados ou vendidos são feitos de forma inapropriada e que 50% dos pacientes utilizam-nos de forma incorreta, sendo por isso da máxima importância, a promoção do uso racional dos medicamentos.

Posto isto, existem conceitos que para melhor compreender o trabalho que a seguir será descrito importam ainda explicar. Assim temos a Gestão do Regime Terapêutico que para o International Council of Nurses (ICN) considera: *“Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”* (International Council of Nurses, 2002).

Ainda sobre o mesmo conceito a OMS, reconheceu cinco grupos de fatores que podem interferir no processo de gestão do regime terapêutico (O.M.S., 2003), são eles fatores:

- ✓ Sociais
- ✓ Económicos e culturais
- ✓ Relacionados com os profissionais e serviços de saúde
- ✓ Relacionados com a doença de base e co - morbilidades
- ✓ Relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente

Um outro conceito inserido dentro do Regime Terapêutico é o Regime Medicamentoso onde Henriques (citando Banning), definem-no como sendo um processo complexo, que “abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que autoadministram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada...Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados” (Henriques, 2011).

Porém, a complexidade de um regime medicamentoso não se prende apenas com o número de fármacos, tem ainda em conta a forma farmacêutica, a frequência das tomas e as ações e indicações necessárias ao sucesso da sua administração (Henriques, 2011).

Estes factos, aliados à constatação do crescente envelhecimento da população, ao aumento progressivo das doenças crónicas e o consequente aumento do consumo de medicamentos, mas ainda também ao interesse pessoal e à necessidade da UCC de Campanhã intervir no âmbito do seu projeto “Saúde do Idoso” nasce este trabalho com vista a aprofundar conhecimentos nesta área e em colaborar com a execução do projeto da UCC.

Objetivos do Estágio

Três fases distintas com conceitos que se interrelacionam foram consideradas como um eixo orientador para o conjunto de atividades: percepção, análise e ação. A percepção intervém como uma primeira fase, que no presente estudo se relaciona com o Diagnóstico de Situação. Ela estabelece-se assim como algo diretamente oposto a uma atitude passiva, tratando-se de uma percepção voluntária e especificamente orientada para a identificação de problemas específicos. Essa primeira observação exige a definição de objetivos que permitam focar toda a atenção sobre o que essencialmente se relaciona com a problemática em estudo. A fase de análise intervém já num contexto prático em que passaram a ser conhecidos dados relativos a problemas concretos. Esta fase, além de fundamentar/sedimentar estratégias necessárias de intervenção para a fase de ação, assenta na necessidade de caracterizar um conjunto de objetivos específicos. No que diz respeito à ação, fica a necessidade de especificar objetivos que permitam analisar o propósito e a sustentabilidade das decisões relativas às intervenções resultantes do processo.

Com vista a nortear todo o percurso ao longo dos três módulos de estágio foram traçados objetivos de forma a desenvolver e adquirir e sedimentar novas competências rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária, assim temos:

Objetivos Gerais

- ❖ Realizar um Diagnóstico de Saúde;
- ❖ Identificar necessidades da população alvo;
- ❖ Determinar as prioridades face às necessidades identificadas;
- ❖ Demonstrar atitude proactiva e capacidade criativa na elaboração dos planos;
- ❖ Implementar planos de intervenção baseados nas necessidades identificadas;
- ❖ Formular indicadores de saúde que traduzam a obtenção de ganhos em saúde,
- ❖ Avaliar a eficácia da implementação dos planos de intervenção.

Objetivos Específicos

- ❖ Caracterizar o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Porto Oriental (PO), e a comunidade envolvente;
- ❖ Identificar os recursos presentes na comunidade;
- ❖ Identificar as crenças da comunidade;
- ❖ Trabalhar em parceria com a comunidade;
- ❖ Construir um instrumento de colheita de dados;
- ❖ Analisar o instrumento de colheita de dados;
- ❖ Aplicar o instrumento de colheita de dados;
- ❖ Descrever o Diagnóstico de Situação de Saúde da população estudada;
- ❖ Apresentar a determinação de prioridades;
- ❖ Refletir acerca da importância do Planeamento em Saúde;
- ❖ Aplicar os Planos de Intervenção nos utentes referenciados pela UCC;
- ❖ Aplicar os conhecimentos adquiridos na elaboração das diversas etapas do Planeamento em Saúde;
- ❖ Executar os Planos de Intervenção;
- ❖ Avaliar os Planos de Intervenção;
- ❖ Refletir sobre a importância da colaboração de parceiros comunitários para a obtenção de ganhos em saúde,
- ❖ Aumentar o “*Empowerment*” da população idosa e da equipa multidisciplinar na área da Gestão do Regime Medicamentoso.

2. Diagnóstico de Saúde

O Planeamento em Saúde começa com a fase de Diagnóstico da Situação, neste caso intitulado de “Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa da UCC de Campanhã”, com vista ao conhecimento da comunidade e das suas reais necessidades, mas também dos recursos existentes.

Desta forma importa definir antes de mais o conceito de Diagnóstico de Saúde, assim este: “(...) *deverá corresponder às necessidades de saúde da população. A concordância entre o Diagnóstico de Situação e as necessidades determinará a pertinência do plano, programa e atividades*” (Imperatori & Giraldes, 1982).

A fase de diagnóstico de Saúde, decorreu no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do 7º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa do Porto, realizado na UCC de Campanhã no período de 28 de Abril e 28 de Junho de 2014 de forma a dar respostas a uma necessidade desta instituição na área da “Saúde do Idoso”.

Em particular, a área programática a explorar com o Diagnóstico de Saúde prendeu-se com a Gestão do Regime Medicamentoso dos idosos e a caracterização da amostra correspondente. Assim foi elaborado previamente um Projeto de estágio para os módulos I e II o qual se encontra no (anexo I) deste relatório. O Diagnóstico de Saúde realizado é apresentado na íntegra como anexo deste relatório (anexo II). Foi ainda construído nesta fase um questionário como instrumento de recolha de dados para o estudo (anexo III).

O questionário construído tem em conta as seguintes variáveis com vista a caracterizar a amostra (Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde), posteriormente apresentam-se questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso, caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso, variáveis relativas à Adesão ao Regime Medicamentoso e por fim de forma a avaliar a

Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

A realização deste estudo obedeceu a princípios éticos, traduzindo confidencialidade dos dados fornecidos pelos indivíduos que aceitaram participar neste estudo. Para tal, a quando do contacto com os idosos, foi pedida a sua colaboração, explicando em que consistia e quais os objetivos do estudo. Ao longo de todo o trabalho foi respeitado o anonimato de toda a informação fornecida, assim durante todo o estudo, nunca foi identificado nenhum dos participantes.

A amostra constituída para o estudo resulta de uma seleção aleatória de 100 idosos da população residente na área de abrangência da UCC de Campanhã. A recolha de dados foi realizada numa ação de porta-a-porta com o suporte do formulário elaborado para o efeito, a ser preenchido pelo investigador em função das respostas dos inquiridos. A metodologia de recolha foi assim a mais pertinente para o estudo permitindo um ganho de tempo e simultaneamente fomentando a interação entre o investigador e o participante. Foram assim realizados 110 inquéritos por conveniência porta-a-porta a idosos, no período compreendido entre 12 e 27 de Junho, na área circundante da UCC de Campanhã de forma a tornar mais fácil a divulgação e a colaboração no nosso estudo. Todos os formulários foram alvo de um teste de significância: o Mini-Exame do Estado Mental que funcionou como fator de exclusão. A filtragem assim realizada permitiu validar 100 inquéritos.

Finda a fase inicial de recolha dos dados, emerge a necessidade de tratar e interpretar os dados recolhidos. Para tal foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Os resultados produzidos resultam essencialmente de estatísticas descritivas. As medidas de tendência, quando estimadas na forma intercalar (intervalo de confiança), assumem um nível de confiança padrão de 95%. Foram realizados testes de correlação Rho Spearman e de Mann-Whitney (testes não paramétricos, análise inferencial de variáveis ordinais) que em certos casos permitiram concluir quanto às potenciais relações subjacentes aos dados.

Seguidamente apresenta-se então em síntese os principais resultados encontrados, assim temos na amostra recolhida idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, sendo que 90% da amostra se situa entre os 65 e os 85 anos. Ao avaliar o tipo de agregado familiar, encontramos mais de 90% dos indivíduos a viverem com alguém, sendo que os

idosos solteiros apenas representam 8% da amostra e desta, são essencialmente mulheres.

Relativamente à Escolaridade, verifica-se que a maioria dos idosos apenas completou a 4ª classe e apenas 2% dos idosos inquiridos não frequentaram a escola e não sabem ler nem escrever.

Já no que toca ao rendimento familiar 48% da amostra, afirma que o seu o rendimento familiar é insuficiente para suprir as necessidades de saúde.

A média do Índice de Complexidade de Fármacos, caracterizadora da complexidade do regime medicamentoso, situa-se nos $30,4 \pm 19,5$.

No que às Crenças Acerca dos Medicamentos diz respeito foi encontrado um score médio a situar-se nos $27,9 \pm 5,6$ sendo 30 pontos o score que mais se repetiu.

Relativamente à média para a Medida de Adesão aos Tratamentos foi de $39,1 \pm 2,9$. E a moda situou-se nos 40 pontos.

Através do Índice de Lawton-Brody, para a avaliação funcional da amostra, obteve-se 63% como independente, 33% com dependência parcial e com dependência severa apenas 4% da amostra.

Por outro lado, na avaliação das Atividades da Vida Diária, considerando o Índice de Barthel, encontramos 95% dos idosos independentes, ligeiramente dependentes em 3% dos casos, ao passo que com 1% apenas, encontramos indivíduos moderadamente e severamente dependentes.

Outros problemas identificados prendem-se ainda com o facto de 39% dos indivíduos afirmarem ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo.

A complexidade dos tratamentos assenta sobre um número de fármacos elevado, que em 95% dos casos encontrados varia entre os 3 e os 9 fármacos, onde 29% dos idosos referem desconhecimento acerca dos mesmos.

Da amostra recolhida 76% afirma não possuir suporte escrito e 15% revela dificuldade em ler as embalagens.

Os dados obtidos da amostra deixam transparecer ainda que 11% revela dificuldade em lembrar quando chega a hora da toma, sendo que 7% revela dificuldade em organizar a medicação em caso de ser necessário tomar fora de casa. Por fim 6% da amostra, admite ter dificuldades em perceber qual e como deve tomar o fármaco.

Aliado a todos estes fatores, a perda de mobilidade surge ainda como limitação da aquisição dos fármacos na farmácia 14%.

Considerando que praticamente 53% dos indivíduos vive com o cônjuge; 37% vive sozinho, que 48% da amostra afirma não ter dinheiro suficiente para as necessidades de saúde; que 39% da amostra afirma ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo e 30% da amostra refere dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação, podemos concluir que o principal fator limitador é a situação económica dos indivíduos, associada em muitos casos ao contexto de vida "a sós".

Tendo por base os testes não paramétricos – correlação Rho Spearman, pode afirmar-se que à medida que aumenta a idade, diminui a capacidade cognitiva, aumenta a dependência e aumenta o consumo do número de fármacos. Deste modo, deveria diminuir a complexidade do regime medicamentoso, o que não se verifica, já que a média de fármacos foi estimada em $5,7 \pm 2,8$.

A perda de mobilidade surge como terceiro fator limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia visto que 14% da amostra refere dificuldade em deslocar-se até à farmácia, 10% da amostra refere dificuldade em abrir/fechar as embalagens e 4% da amostra refere dificuldades em renovar a medicação.

Assim, sendo que 37% da amostra apresenta algum grau de dependência, e não esquecendo a referência a todos os dados acima citados concluímos que à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência. Posto isto, seria de esperar um aumento do suporte social, o que não se traduz através dos resultados obtidos.

Os resultados obtidos na fase de Diagnóstico de Saúde bem como da intervenção comunitária foram comunicados à UCC de Campanhã, apresentando-se em anexo o Plano da sessão (anexo IV) e a própria apresentação dos resultados (anexo V).

Definição de prioridades

Após a etapa de recolha e tratamento dos dados obtidos, surge a necessidade de determinar quais serão os problemas a dar resposta na fase de intervenção comunitária a desenvolver no módulo II do estágio.

Assim sendo, o quadro 1 apresenta os problemas encontrados.

Quadro 1- Problemas encontrados na fase de Diagnóstico

Problemas encontrados
Regime medicamentoso complexo - 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a sua medicação - 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens - 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação
Capacidade diminuída para gerir o regime medicamentoso - 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens - 15% dos idosos apresentam dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens - 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação - 7% dos idosos apresenta dificuldade em organizar a terapêutica para tomar fora de casa - 6% dos idosos necessita que lhe preparem a medicação e 1% é incapaz de se responsabilizar pela medicação
Atitude dificultadora face ao regime medicamentoso - 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos - 4% dos idosos apresenta dificuldade em renovar a medicação a tempo - 14% dos idosos apresenta dificuldades para se deslocar até uma farmácia
Défice de conhecimentos face ao regime medicamentoso - 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram - 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco
Disponibilidade para capacidade para gerir o regime - 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a sua medicação
Não adesão ao regime medicamentoso - 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos
Conhecimento sobre a medicação não demonstrado - 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram

Conhecimento sobre o regime medicamentoso não demonstrado

- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco

Dado o número de problemas encontrados e a sua íntima relação subjacente foi decidido por unanimidade em conjunto com as entidades orientadoras que os problemas encontrados seriam agrupados em dois Diagnósticos Major, sendo eles a Adesão ao Regime Medicamentoso e a Gestão do Regime Medicamentoso.

Uma vez que será impossível atuar na Gestão sem haver Adesão, bem como o contrário, pois o mesmo problema pode ter origem em causas de Adesão, ou Gestão ou simultâneas, este facto, tornou fácil a definição de prioridades, pois ficou determinado que seriam estas duas as áreas da intervenção.

3. Intervenção Comunitária

Finda a fase de Diagnóstico de Saúde e encontradas as prioridades chega a hora de intervir. Para tal foram referenciados pela UCC de Campanhã quatro utentes com o diagnóstico de Não Adesão ao Regime Terapêutico com vista a resolver e/ou melhorar a Adesão ao Regime Medicamentoso e /ou a Gestão do Regime Medicamentoso.

Após a escolha dos utentes por parte da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Coordenadora da UCC de Campanhã com este diagnóstico e a sua respetiva distribuição completamente aleatória, estes foram previamente contactados telefonicamente pela mesma com o objetivo de preparar a visita.

Assim, a intervenção nos utentes referenciados teve na sua base a visita domiciliária. Esta consiste na visita ao utente ao seu domicílio, tendo o objetivo principal de melhor compreender para melhor tratar e ajudar.

Assim a visita domiciliária constitui um excelente recurso inserido no mais íntimo da comunidade, ou seja o domicílio, na prática dos cuidados constitui um elemento fundamental para a avaliação das verdadeiras necessidades dos indivíduos e famílias.

A enfermagem assume assim um papel na equipa de saúde de elevada importância e ao mesmo tempo de destaque, pois pela experiência de trabalho em equipas de saúde com atuação no cerne da comunidade, permite uma perceção mais objetiva, sensível e o mais integrada no que aos cuidados à pessoa, família e comunidade a visita domiciliária proporciona.

A visita domiciliária realizada pelos enfermeiros no contexto da sua prática na comunidade permite ainda ao utente a expressão das suas verdadeiras necessidades por se encontrar no seu meio seguro, mas ao mesmo tempo auxilia também o enfermeiro, na medida em que lhe permite observar e retirar os dados essenciais que vão orientar uma intervenção mais próxima, assertiva e com certeza mais eficaz de acordo com as verdadeiras necessidades que nem sempre são expressas pelos utentes (Abreu).

Inicialmente em cada utente foi aplicado o formulário construído no módulo I, com vista a fazer o diagnóstico de situação e permitir traçar o plano de intervenção.

As visitas domiciliares realizadas posteriormente à primeira foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos utentes e tendo em conta a necessidade ou não da continuidade da intervenção.

Seguidamente são apresentados os diagnósticos efetuados, bem como suas dimensões com base na caracterização de cada utente.

São ainda apresentados os resultados esperados, as intervenções que foram efetuadas para resolver e/ou melhorar os problemas identificados, bem como posteriormente os resultados obtidos sob a forma de indicadores de resultado de forma a avaliar objetivamente a intervenção.

Assim para melhor se compreender a intervenção realizada na área da gestão e adesão ao regime medicamentoso importa ainda clarificar o conceito de adesão que o ICN define como sendo um tipo de gestão que significa: *“Volição com as características específicas: ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”* (International Council of Nurses, 2002).

Posto isto, apresentam-se alguns dos fatores que influenciam a adesão (Ordem dos Enfermeiros, 2010):

- Baixo estatuto socioeconómico;
- Analfabetismo e baixa escolaridade;
- Desemprego;
- Distância dos centros de tratamento;
- Custos dos transportes, da medicação;
- Características da doença;
- Relacionados com a terapêutica, nomeadamente a sua complexidade, duração e efeitos secundários,
- Relacionados com as crenças acerca da doença e tratamento.

Por tudo isto é pertinente afirmar que existem fatores relacionados com o utente, com o prestador de cuidados de saúde, mas também ainda com a própria medicação.

Assim, temos por exemplo, relacionados com o utente o baixo nível socioeconómico, o baixo nível de instrução e as crenças acerca da doença e do tratamento. De outra forma

relacionada com a medicação temos a complexidade da terapêutica, bem como a sua duração e ainda os seus efeitos secundários. Assim emerge a ideia de que os utentes devem ser apoiados em vez de culpabilizados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste sentido, este tipo de intervenção constitui uma forma de responder à essência dos cuidados prestados por uma Unidade de Cuidados na Comunidade que “...presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença (...), e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Diário da República, 2008).

3.1 Intervenção no Utente A

Caraterização:

Utente com 82 anos do sexo feminino, viúva atualmente a morar sozinha. Sem défice cognitivo e independente nas Atividades de Vida Diária e nas Instrumentais de Vida Diária. Refere que por vezes deixa acabar a medicação bem como por vezes não cumpre os horários da medicação.

Toma 13 fármacos, e em 6 deles desconhece a sua ação. Admite que já substituiu a medicação prescrita por outra que dava na televisão.

Tem suporte escrito do Regime Terapêutico embora não atualizado, e o acondicionamento dos fármacos é todo feito num saco plástico desorganizado.

Confessa não querer ir à consulta de oftalmologia por ter medo de ficar cega e afirma que se for ao médico é só para trazer mais medicamentos.

O plano de intervenção para este utente encontra-se no anexo VI.

Diagnósticos identificados na utente A:

- **Gestão do Regime Medicamentoso comprometido**
- **Não Adesão ao Regime Terapêutico**

Para cada diagnóstico foram identificadas as seguintes dimensões:

➤ **Gestão do Regime Medicamentoso comprometido:**

- Défice de conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso
- Memória Comprometida
- Consciencialização comprometida
- Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança

➤ **Não Adesão ao Regime Terapêutico**

- Crenças Errónea de Saúde

Os resultados esperados com a intervenção para esta utente são os seguintes:

- Conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso demonstrados;
- Gestão do Regime Medicamentoso eficaz;
- Manter suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- Substituição do saco por caixa para acondicionamento organizado da medicação;
- Aproximação entre a utente e a Médica;
- Medo Ausente;
- Comparência em todas as consultas marcadas no período da intervenção,
- Adesão ao Regime Terapêutico.

As intervenções realizadas apresentam-se abaixo indicadas:

- Informar sobre o Regime Medicamentoso;
- Informar sobre os prescritores da medicação;
- Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso (Anexo VII);
- Associar todos os fármacos do Pequeno-almoço numa única toma;
- Associar a colocação e retirada do NITRO-DUR ao levantar e ao deitar;
- Incentivar à compra antecipada do final da caixa atual;
- Organizar caixa de Medicamentos em conjunto com a utente;
- Sugerir que a utente aquando da compra verifique/sugira que haja caixas diferentes para os fármacos que adquire;
- Confrontar face aos erros/omissões,
- Explicar conceitos de marketing televisivo.

Indicadores de Processo para a utente A

Para esta intervenção foram traçados os seguintes indicadores de processo:

- ❖ Número (Nº) de sessões individuais de educação para a saúde (SIES) sobre o Regime Medicamentoso;
- ❖ Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado,
- ❖ Nº de visitas domiciliárias.

Relativamente aos indicadores de processo para esta utente, de maneira a traduzir de forma quantitativa as atividades planeadas face às executadas foram delineados no quadro 2 os seguintes indicadores traduzindo o alcance do inicialmente planeado:

Quadro 2- Indicadores de processo para a utente A

Indicadores de processo	
Nº de SIES sobre o Regime Medicamentoso	$\frac{\text{Nº de SIES saúde sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{Nº de SIES sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$
Nº de visitas domiciliárias	$\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 (=) \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado	$\frac{\text{Nº de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado fornecido}}{\text{Nº de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado planeado}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

Indicadores de resultado e Avaliação da intervenção na utente A:

São apresentados os resultados obtidos no final da intervenção consoante os indicadores de processo e de resultado formulados, assim sendo, no que respeita à Gestão do Regime Medicamentoso, podemos afirmar que obtivemos nesta utente um ganho total em saúde pois as 7 dimensões diagnósticas identificadas, obtiveram em todas resoluções. Este facto pode traduzir-se pelo quadro seguinte:

Quadro 3- Indicador de resultado para o Diagnóstico Gestão do Regime Medicamentoso da utente A:

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$
--

Seguidamente apresentam-se os indicadores para as dimensões do Diagnóstico, assim no que diz respeito ao conhecimento do regime medicamentoso temos a utente a conhecer a totalidade dos fármacos que toma como traduz o seguinte quadro:

Quadro 4- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso da utente A:

$\frac{\text{Nº de fármacos que conhece no final da intervenção}}{\text{Nº total de fármacos}} \times 100 (=) \frac{13}{13} \times 100 = 100\%$

Relativamente à dimensão da memória, é também plausível afirmar ganhos em saúde, ganhos esses traduzidos pelos seguintes indicadores para a dimensão Memória, como nos mostra o quadro a baixo:

Quadro 5- Indicadores de resultado para a dimensão Memória na utente A:

$\frac{\text{Nº de tomas efectivas da medicação ao longo das 2 últimas semanas após intervenção}}{\text{Nº total de tomas}} \times 100 (=) \frac{60}{60} \times 100 = 100\%$
$\frac{\text{Nº de compras de fármacos antes de terminar a medicação no período da intervenção}}{\text{Nº de fármacos que terminam no período da intervenção}} \times 100 (=) \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

Relativamente aos conhecimentos sobre medidas de segurança, e também no que respeita à consciencialização foram formulados respetivamente os seguintes indicadores e apresentados os resultados nos quadros 6 e 7, traduzindo ganhos totais em saúde para estas dimensões:

Quadro 6- Indicador de resultado da dimensão Conhecimentos sobre medidas de segurança na utente A:

$\frac{\text{Nº de mudanças implementadas}}{\text{Nº de mudanças propostas}} \times 100 (=) \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

Quadro 7- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização na utente A:

$\frac{\text{Nº de erros consciencializados pela utente}}{\text{Nº de erros identificados}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$
--

Relativamente ao segundo diagnóstico identificado, a Não Adesão ao Regime Terapêutico foi também conseguido resolver a sua dimensão, assim temos respetivamente os seguintes indicadores de resultado para o Diagnóstico e para a sua dimensão traduzidos nos quadros 8 e 9 respetivamente:

Quadro 8- Indicador de resultado para o Diagnóstico Não Adesão ao Regime Medicamentoso na utente A:

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100 \%$

Para a dimensão crença errónea de saúde foram elaborados dois indicadores de resultado que traduzem igualmente ganhos em saúde, como traduz o quadro 9:

Quadro 9- Indicadores de resultado para a dimensão crença errónea de saúde na utente A:

$\frac{\text{Nº de fármacos consumidos sem receita médica que deixou de tomar após a intervenção}}{\text{Nº de fármacos consumidos sem prescrição médica}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100 \%$
$\frac{\text{Nº de consultas de oftalmologia a que compareceu no período da intervenção}}{\text{Nº de consultas agendadas no período da intervenção}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100 \%$

Resultados pós avaliação:

Nesta utente podemos afirmar que obtivemos ganhos em saúde ao nível da gestão do regime medicamentoso, mas também no que diz respeito à adesão ao regime terapêutico pois, conseguiu-se resolver a totalidade dos problemas, bem como de todas as dimensões dos mesmos que foram identificadas.

Assim, a utente passou no final da intervenção a conhecer a totalidade dos fármacos que toma, e a adquirir a medicação antes das atuais caixas terminarem.

Atualmente possui e mantém caixa de acondicionamento de fármacos organizada bem como suporte escrito da medicação atualizado.

Refere diminuição do medo que tinha em relação às consultas de oftalmologia e consentiu subter-se a cirurgia para remoção de catarata.

A utente afirma ainda também, ausência de esquecimento relativamente às tomas da medicação e à retirada ou colocação do NITRO-DUR.

De valorizar ainda que a utente refere não voltar a comprar medicação só porque passa uma “boa imagem” na televisão.

Assim a utente A apresenta agora uma gestão do regime medicamentoso eficaz e adesão ao regime terapêutico. Assim é aceitável afirmar que os objetivos propostos foram atingidos na plenitude pois todos os problemas identificados foram resolvidos o que sugere o sucesso desta intervenção.

3.2 Intervenção no Utente B

Caraterização:

Utente com 82 anos do sexo feminino, divorciada atualmente a morar com dois filhos, um neto e um bisneto. Sem défice cognitivo, independente nas Atividades de Vida Diária e parcialmente dependente nas Atividades Instrumentais de Vida Diária.

A utente não tem suporte escrito do Regime Medicamentoso e afirma que com frequência não cumpre os horários da medicação. Quando se sente melhor/pior deixa ou reinicia a toma da medicação, dizendo que “ faz o seu próprio controlo” para não se habituar aos fármacos.

Toma 9 fármacos por 2 prescritores diferentes, já não sabendo por vezes quem prescreveu qual, e destes 9 fármacos que toma, 7 deles desconhece a sua ação.

Refere não querer ir às consultas para não querer tirar lugar a quem precisa e só vai ao médico “mesmo na última”.

À semelhança da medicação no que respeita à realização do teste de diagnóstico, afirma só fazer pesquisas de glicemia capilar quando se sente mal.

A alimentação que faz não contempla grelhados pois estes enchem a casa com fumo.

Confessa que já teve um episódio de síncope devido a hipoglicemia identificado pelo INEM e que recusou atendimento hospitalar.

Afirma não gerir a sua própria medicação por achar ser uma perda de tempo, quem prepara e gere a medicação é um dos filhos.

O plano de intervenção para a utente B encontra-se no anexo VIII.

Diagnóstico identificado no utente B:

➤ Gestão do Regime Medicamentoso comprometido

Para este diagnóstico, foram identificadas as seguintes dimensões:

➤ Gestão do Regime Medicamentoso comprometido:

- Défice de conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso;
- Memória Comprometida;

- Consciencialização comprometida;
- Não adesão ao teste de diagnóstico,
- Não adesão ao regime medicamentoso.

Os resultados esperados com a intervenção para a utente B, foram os seguintes:

- Cumprimento do Regime Medicamentoso;
- Conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso demonstrados;
- Conhecer os 9 fármacos que toma;
- Conhecer os sintomas de uma híper/hipoglicemia;
- Manter suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- Manter suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia capilar,
- Aproximação entre a utente e a Médica.

As intervenções realizadas apresentam-se abaixo indicadas:

- Informar sobre o Regime Medicamentoso,
- Informar sobre os prescritores da medicação;
- Associar as tomas da medicação aquando das principais refeições;
- Confrontar face aos erros/omissões;
- Consciencializar para a auto gestão da medicação;
- Reforçar o benefício de uma alimentação saudável para o não agravamento das suas patologias;
- Reforçar os benefícios do controlo das pesquisas de glicemia e da tensão arterial;
- Reforçar a importância de comportamentos de procura de saúde;
- Reforçar a importância de uma alimentação saudável no controlo da diabetes e hipertensão arterial;
- Negociar autogestão da medicação;
- Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso (Anexo IX);
- Explicar os riscos de uma híper/hipoglicemia;
- Negociar início regular das pesquisas de glicemia,
- Fornecer suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia capilar (Anexo X).

Indicadores de Processo para a utente B:

Para esta intervenção foram traçados os seguintes indicadores de processo:

- ❖ N° de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso;
- ❖ Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- ❖ Existência de suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia capilar,
- ❖ N° de visitas domiciliárias.

De seguida no quadro 10 são apresentados os indicadores de processo alcançados nesta intervenção, assim sendo temos:

Quadro 10- Indicadores de processo para a utente B

Indicadores de processo	
N° de SIES sobre o Regime Medicamentoso	$\frac{\text{N° de SIES sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{N° SIES sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$
N° de visitas domiciliárias	$\frac{\text{N° de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N° de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 (=) \frac{3}{6} \times 100 = 50\%$
Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado	$\frac{\text{N° de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado fornecido}}{\text{N° de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado planeado}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$
Existência de suporte para registo das glicemias capilares atualizado	$\frac{\text{N° de suporte escrito para registo das glicemias capilares atualizado fornecido}}{\text{N° de suporte escrito para registo das glicemias capilares atualizado planeado}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

Indicadores de resultado e Avaliação da intervenção na utente B:

Contrariamente à utente A, na utente B não foi possível resolver todas as dimensões do Diagnóstico principal que é A Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido. Contudo foram obtidos alguns ganhos parciais que serão agora mencionados.

Assim, no que ao diagnóstico principal identificado, ou seja, a Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido, para esta utente apesar de não podermos dizer que foi plena, foi contudo parcial, como nos diz o seguinte indicador no quadro 11.

Quadro 11- Indicador de resultado para o diagnóstico Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido na utente B

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{2}{5} \times 100 = 40\%$

Assim, pode-se afirmar que nesta utente o regime medicamentoso encontra-se melhorado em 40% face ao início da intervenção.

Por outro lado, no quadro 12 referente ao conhecimento sobre o regime medicamentoso, no final da intervenção a utente conhece todos os fármacos que toma.

Quadro 12- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimento sobre o regime Medicamentoso da utente B

$\frac{\text{Nº de fármacos que conhece no final da intervenção}}{\text{Nº total de fármacos}} \times 100 (=) \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$

Relativamente ao esquecimento do número de tomas traduzido no quadro 13, não obtivemos um ganho total contudo, obtivemos um ganho parcial de 89% como traduz o indicador a baixo.

Quadro 13- Indicador de resultado para a dimensão Memória na utente B

$\frac{\text{Nº de tomas efectivas da medicação ao longo das 2 últimas semanas após intervenção}}{\text{Nº total de tomas}} \times 100 (=) \frac{40}{45} \times 100 = 89\%$

No que se refere à consciencialização dos erros cometidos pela utente, esta reconhece-os e refere ter vindo a corrigi-los. Este facto pode ser quantificado pelo seguinte indicador no quadro 14.

Quadro 14- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização na utente B

<u>Nº de erros consciencializados pela utente</u> x 100 (=) $\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$
Nº de erros identificados

Relativamente à Autogestão do Regime Medicamentoso traduzido no quadro 15, nesta utente obtivemos uma vez mais ganhos apenas parciais referentes à negociação gradual que foi realizada durante a intervenção com a utente para que esta passasse a gerir de forma independente a sua medicação, assim temos os seguintes indicadores de resultado traduzindo um ganho de 33% face ao início da intervenção, visto que inicialmente não geria qualquer toma de medicação.

Quadro 15- Indicador de resultado para a dimensão Adesão ao Regime Medicamentoso da utente B

<u>Nº de tomas que passou a gerir nas últimas duas semanas após a intervenção</u> x 100 (=) $\frac{15}{45} \times 100 = 33\%$
Nº total de tomas calendarizadas

Ao analisar a intervenção ao nível da adesão ao teste de diagnóstico, novamente apenas obtivemos ganhos parciais pois a utente não cumpriu na totalidade o número de pesquisas de glicemia capilar negociadas na intervenção, assim é apresentado o resultado traduzindo um ganho de 53% face ao início da intervenção através do seguinte indicador referido no quadro a baixo.

Quadro 16- Indicador de resultado para a dimensão Adesão ao Teste Diagnóstico da utente B

<u>Nº de pesquisas de glicemia passou a realizar nas últimas duas semanas após a intervenção</u> x 100 (=) $\frac{8}{15} \times 100 = 53\%$
Nº total pesquisas de glicemia calendarizadas

Resultados pós avaliação:

Nesta utente apesar de não termos atingido os objetivos esperados na sua totalidade, podemos contudo afirmar que obtivemos ganhos parciais em saúde ao nível da Gestão

do Regime Medicamentoso, pois este diagnóstico após a intervenção encontra-se agora melhorado em 40%.

Um facto importante de realçar e que pode sem dúvida ter contribuído para que não tenham sido alcançados os objetivos em pleno, é o facto de, das visitas domiciliárias agendadas apenas terem sido realizadas metade. Pois aquando das visitas agendadas em conjunto com a utente, esta não quis abrir a porta e/ou ausentou-se do domicílio. A utente refere no final da intervenção ter vindo a cumprir com mais regularidade os horários da medicação.

Afirma também gerir apenas a medicação do pequeno-almoço e continuar só a realizar as pesquisas de glicemia raramente.

Outro facto importante que foi conseguido através da intervenção é a alteração do regime alimentar que é referida pela utente, passando a contemplar mais vezes os cozidos e grelhados.

Atualmente possui e mantém suporte escrito da medicação atualizado bem como suporte escrito para os registos de glicemia, ambos fornecidos na intervenção.

No que respeita à intervenção pode-se dizer que foi positiva mesmo não tendo atingindo a totalidade na resolução das dimensões diagnósticas pois todas as melhorias implementadas vão contribuir para a melhora do estado de saúde desta utente. Contudo no sentido de potenciar e manter esta melhora, sugere-se continuidade das intervenções nomeadamente no que se refere a contínua procura de comportamentos de saúde.

3.3 Intervenção no Utente C

Caraterização:

Utente com 76 anos do sexo feminino, viúva atualmente a morar como o filho e nora. Sem défice cognitivo. Independente nas Atividades de Vida Diária e parcialmente dependente nas Instrumentais de Vida Diária.

Não possui suporte escrito do Regime Terapêutico, e os seus fármacos encontram-se espalhados pela casa e misturados com os dos restantes familiares.

Por vezes não cumpre as tomas ou o horário da medicação, bem como também por vezes deixa acabar a medicação.

Refere que a alimentação por vezes não é muito saudável e passa longos períodos sem comer por “se esquecer”;

Atualmente toma 13 fármacos por 3 prescritores diferentes, já não sabendo por vezes quem prescreveu qual. Afirma que desconhece a ação de 9 dos 13 fármacos que toma.

O plano de intervenção referente à utente C encontra-se no (anexo XI).

Diagnóstico identificado na utente C:

➤ Gestão do Regime Medicamentoso comprometido

Relativamente a este diagnóstico, foram identificadas as seguintes dimensões:

➤ Gestão do Regime Medicamentoso comprometido:

- Défice de conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso;
- Memória Comprometida;
- Consciencialização comprometida;
- Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança,

No que toca aos resultados esperados após a intervenção para esta utente, temos os seguintes:

- Gestão do Regime Medicamentoso eficaz;
- Conhecimento demonstrado sobre o Regime Medicamentoso;

- Mantém suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- Mantém caixa individual organizada para acondicionamento da medicação,
- Ausência de longos períodos sem ingestão de alimentos.

As intervenções efetuadas, são agora indicadas:

- Informar sobre o Regime Medicamentoso;
- Informar sobre os prescritores da medicação;
- Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado (anexo XII)
- Colocar suporte escrito em sítio de boa visibilidade;
- Associar a alimentação (almoço e jantar) com a toma da medicação a horas certas;
- Confrontar face aos erros/omissões;
- Reforçar a necessidade de uma alimentação regular em complemento com o regime terapêutico;
- Reforçar a importância do cumprimento do Regime Terapêutico,
- Organizar caixa individual de medicamentos em conjunto com a utente.

Indicadores de Processo para a utente C

Para esta intervenção foram traçados os seguintes indicadores de processo:

- ❖ Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso;
- ❖ Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- ❖ Existência de caixa organizadora da medicação,
- ❖ Nº de visitas domiciliares.

De seguida são apresentados os indicadores de processo para esta utente no quadro 17 traduzindo de forma quantitativa a intervenção realizada.

Quadro 17- Indicadores de processo para a utente C

Indicadores de processo	
Nº de visitas domiciliárias	$\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 (=) \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$
Nº de SIES sobre o Regime Medicamentoso	$\frac{\text{Nº de SIES sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{Nº de SIES sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$
Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado	$\frac{\text{Nº de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado fornecido}}{\text{Nº de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado planeado}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$
Existência de caixa organizadora da medicação	$\frac{\text{Nº de caixas organizadoras da medicação fornecido}}{\text{Nº de caixas organizadoras da medicação planeadas}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

Indicadores de resultado e Avaliação da intervenção no utente C:

À semelhança da utente anterior apenas foi possível atingir ganhos parciais em saúde. Assim para as diferentes dimensões do diagnóstico são agora apresentados os indicadores de resultado obtidos após a intervenção nesta utente.

No que respeita à Gestão do Regime Medicamentoso podemos afirmar segundo o indicador de resultado que este se encontra melhorado em 75%, pois foram resolvidas três das quatro dimensões diagnosticadas, como nos indica o quadro abaixo.

Quadro 18- Indicador de resultado para o diagnóstico Regime Medicamentoso comprometido na utente C

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{3}{4} \times 100 = 75\%$

Relativamente ao conhecimento que a utente apresenta sobre o regime medicamentoso obtivemos no quadro 19 o seguinte indicador de resultado:

Quadro 19- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimento sobre o regime Medicamentoso na utente C

<u>Nº de fármacos que conhece no final da intervenção</u>	<u>x 100 (=) 10 x 100 = 77%</u>
Nº total de fármacos	13

Assim podemos afirmar que o conhecimento relativamente ao regime medicamentoso se encontra agora nos 77% face aos 31% no início da intervenção.

Relativamente à dimensão diagnóstica Memória retratada no quadro 20, obtivemos os seguintes indicadores de resultado que traduzem ganhos em saúde dado que esta dimensão se encontra totalmente resolvida.

Quadro 20- Indicadores de resultado para a dimensão Memória na utente C

<u>Nº de tomas efectivas da medicação ao longo das 2 últimas semanas após intervenção</u>	<u>x100 (=) 60 x 100 = 100%</u>
Nº total de tomas	60
<u>Nº de compras de fármacos antes de terminar a medicação no período da intervenção</u>	<u>x100(=) 1 x 100 = 100%</u>
Nº de fármacos que terminam no período da intervenção	1

No que respeita à resolução das dimensões referentes ao conhecimento sobre medidas de segurança e consciencialização observadas nos quadros 21 e 22 respetivamente, estes indicam uma total resolução pelos seguintes indicadores formulados.

Quadro 21- Indicador de resultado da dimensão Conhecimentos sobre medidas de segurança na utente C

<u>Nº de mudanças implementadas</u>	<u>x 100 (=) 3 x 100 = 100%</u>
Nº de mudanças propostas	3

Quadro 22- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização na utente C

<u>Nº de erros consciencializados pela utente</u>	<u>x 100 (=) 2 x 100 = 100%</u>
Nº de erros identificados	2

Resultados pós avaliação:

Nesta intervenção é possível afirmar que os objetivos inicialmente esperados foram alcançados na sua maioria, contudo não foram na totalidade, pois com a intervenção neste período não foi possível resolver a totalidade das dimensões diagnósticas, assim o diagnóstico principal encontra-se melhorado em 75%.

Este facto deixa-nos no entanto afirmar que obtivemos ganhos em saúde com esta utente, uma vez que atualmente refere adquirir a medicação antes das atuais caixas terminarem e passou a conhecer 10 fármacos que atualmente toma de um total de 13 face aos 9 que desconhecia no início da intervenção.

Refere ainda alteração do Regime Alimentar para um mais saudável e refere também menos tempo sem comer entre as principais refeições, passando a associar as tomas da medicação aquando das três principais refeições.

Possui e mantém o suporte escrito da medicação que lhe foi fornecido na intervenção, e ainda também caixa organizadora para correto acondicionamento dos fármacos separados dos fármacos dos restantes familiares.

3.4 Intervenção no Utente D**Caraterização:**

Utente com 82 anos do sexo masculino, casado atualmente a morar com a esposa. Com disfunção cognitiva, ligeiramente dependente nas Atividades de Vida Diária e dependência severa nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, sendo a esposa a sua prestadora de cuidados.

Os fármacos que toma, encontram-se espalhados pela casa e misturados com os da prestadora de cuidados. Não possui suporte escrito do Regime Terapêutico.

A prestadora de cuidados refere que entre as refeições sempre que solicitada pelo utente, fornece a alimentação requerida, “ele está sempre a comer que eu dou-lhe”.

Refere não saber mexer nas lancetas, por isso às vezes não lhe pica o dedo. Este, e o facto anteriormente referido contribuem para a observação de valores de glicemia descontrolados.

O plano de intervenção referente a este utente encontra-se no (anexo XIII).

Diagnóstico identificado no utente D:

➤ Gestão do Regime Medicamentoso comprometido

Relativamente a este diagnóstico, foram identificadas as seguintes dimensões:

➤ Gestão do Regime Medicamentoso comprometido:

- Défice de conhecimentos do prestador de cuidados sobre o Regime Medicamentoso;
- Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança,
- Consciencialização comprometida.

Com a intervenção neste utente e prestadora de cuidados, os resultados esperados são:

- Correta utilização das lancetas
- Controlo dos valores de glicemia;
- Pesquisas de glicemia regulares;
- Em caso de dúvida recorrer ao Centro de Saúde;
- Obter suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- Caixa individual organizada para acondicionamento e da medicação,
- Diminuição da alimentação entre as principais refeições.

As intervenções realizadas foram as seguintes:

- Instruir sobre o funcionamento das lancetas;
- Treinar o manuseamento das lancetas;
- Organizar caixa individual de Medicamentos em conjunto com a prestadora de cuidados;
- Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso, anexo XIV
- Fornecer suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia
- Reforçar a necessidade de uma alimentação controlada no complemento do regime terapêutico

Para esta intervenção foram traçados os seguintes indicadores de processo:

Indicadores de Processo para o utente D

- ❖ N° de sessões individuais de educação para a saúde sobre a importância da alimentação no controlo da Diabetes;
- ❖ N° de visitas domiciliárias;
- ❖ Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado;
- ❖ Existência de suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia;
- ❖ N° de pesquisas de glicemia realizadas e registadas corretamente pela prestadora de cuidados,
- ❖ Existência de caixa organizadora de medicação.

Assim os indicadores de processo que sustentam a intervenção, são os seguintes e traduzem a totalidade do alcance do que foi planeado como indica o seguinte quadro.

Quadro 23- Indicadores de processo para a utente D

Indicadores de Processo	
N° de SIES sobre a importância da alimentação no controlo da Diabetes	$\frac{\text{N° de SIES sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{N° de SIES sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$
N° de visitas domiciliárias	$\frac{\text{N° de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N° de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 (=) \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
N° de pesquisas de glicemia realizadas e registadas corretamente pela prestadora de cuidados	$\frac{\text{N° de pesquisas de glicemia realizadas corretamente nas últimas duas semanas após intervenção}}{\text{N° total de pesquisas de glicemia calendarizadas}} \times 100 (=) \frac{15}{15} \times 100 = 100\%$
Existência de suporte para registo das glicemias capilares atualizado	$\frac{\text{N° de suporte escrito para registo das glicemias capilares atualizado fornecido}}{\text{N° de suporte escrito para registo das glicemias capilares atualizado planeado}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado	$\frac{\text{Nº de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado fornecido}}{\text{Nº de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado planeado}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$
Existência de caixa organizadora da medicação	$\frac{\text{Nº de caixas organizadoras da medicação fornecido}}{\text{Nº de caixas organizadoras da medicação planeadas}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

Indicadores de resultado e Avaliação da intervenção no utente D:

Relativamente ao utente D foi conseguida a resolução de todas as dimensões diagnósticas identificadas como indica o quadro 24, traduzindo assim um ganho total em saúde face ao problema principal identificado, ou seja, a Gestão do Regime Medicamentoso.

De seguida aparentam-se os indicadores de resultado da intervenção na forma de quadros.

Quadro 24- Indicador de resultado para o diagnóstico Gestão do Regime Medicamentoso comprometido no utente D

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$
--

Seguidamente o quadro 25 faz menção à total resolução da dimensão diagnóstica Conhecimentos sobre o regime medicamentoso no utente D.

Quadro 25- Indicador de resultado para a dimensão Conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso no utente D

$\frac{\text{Nº de pesquisas de glicemia realizadas corretamente nas ultimas duas semanas após intervenção}}{\text{Nº total de pesquisas de glicemia calendarizadas}} \times 100 (=) \frac{15}{15} \times 100 = 100\%$
--

Relativamente ao conhecimento sobre medidas de segurança e à consciencialização dos erros, temos os quadros 26 e 27 respetivamente, verificando-se em ambos total resolução.

Quadro 26- Indicador de resultado da dimensão Conhecimentos sobre medidas de segurança do utente D

$\frac{\text{Nº de mudanças implementadas}}{\text{Nº de mudanças propostas}} \times 100 (=) \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

Quadro 27- Indicador de resultado para a dimensão Consciencialização do utente D:

$\frac{\text{Nº de erros consciencializados pela utente}}{\text{Nº de erros identificados}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$
--

Resultados pós avaliação

Neste utente em conjunto com a sua prestadora de cuidados foram conseguidos alcançar ganhos em saúde, pois verificou-se com a intervenção uma diminuição gradual de dia para dia dos valores de glicemia em jejum (avaliação inicial de 467mg/dl a 15/10/2014 para 199mg/dl a 4/11/2014). Tanto o utente como a sua prestadora de cuidados afirmam manter independentemente a realização do teste diagnóstico.

Atualmente a prestadora de cuidados manuseia corretamente as lancetas e refere alteração do padrão alimentar nomeadamente no acompanhamento das peças de furta ao lanche com duas bolachas e diminuição da alimentação fora das refeições.

Possui agora e mantém após a intervenção suporte escrito da medicação e caixa organizadora de acondicionamento da medicação separada da medicação da prestadora de cuidados.

Os objetivos traçados inicialmente foram atingidos com as intervenções realizadas determinando assim o sucesso do plano de intervenção.

Considerações finais:

No final de toda a etapa da Intervenção Comunitária é possível afirmar que a globalidade dos planos de intervenção elaborados para cada utente traduziram ganhos em saúde, e em quase todos os planos as ações planeadas foram executadas. Essa situação não aconteceu apenas com uma utente, em que as visitas domiciliárias ficaram pela metade devido a no momento destas, a utente não se encontrar no domicílio e/ou não quisesse abrir a porta.

Face aos indicadores traçados e após a sua avaliação é possível afirmar que com estes planos de intervenção obtivemos ganhos em saúde nos utentes intervencionados,

sugerindo a necessidade de continuidade e alargamento da mesma intervenção num futuro nesta mesma UCC.

Assim neste sentido sugere-se a necessidade de alargamento temporal no acompanhamento dos utentes possibilitando posteriormente visitas de controlo e auxílio na manutenção e potenciação da adesão e gestão do regime medicamentoso, fomentando a proximidade do enfermeiro o que o tornaria no profissional de referência relativamente aos cuidados de saúde no seu âmbito de ação.

Uma outra sugestão que fica no final deste trabalho aliada ao alargamento temporal é a necessidade de ampliar o diagnóstico de forma a obter uma maior objectividade sobre esta temática em toda a área de abrangência da UCC/ECCI de Campanhã, bem como a necessidade de intervir sobre mais utentes de forma melhorar os ganhos em saúde desta faixa etária da população. O eventual alargamento do estudo e os resultados obtidos podem consequentemente ainda ser sugestivos da necessidade fundamentada de ampliação da equipa da UCC/ECCI de Campanhã.

4. Atividades do Módulo III

Este módulo decorreu no período compreendido entre 10 de Novembro de 2014 a 21 de Janeiro de 2015 com vista a completar o estágio rumo à especialização em Enfermagem Comunitária.

Assim neste período repartido entre a ECCI de Campanhã e a UCSP de São Roque da Lameira o objetivo principal era perceber como funcionavam estas duas instituições. Entenda-se o perceber do funcionamento no sentido mais lato, considerando a perceção do meio em que estas unidades se inserem, as ambições e limitações que se confrontam com a vocação para prestar serviços de saúde, a experiência dos profissionais e todo o quadro de gestão sempre voltado para uma busca para a melhoria do atendimento ao utente. Foram experiências partilhadas, competências desenvolvidas, conhecimento sedimentado.

A primeira etapa deste estágio teve lugar na ECCI de Campanhã, lugar que já conhecia pois partilha a mesma estrutura física da UCC que lhe deu origem. Para melhor perceber a sua missão importa referir que os Cuidados Continuados Integrados na ânsia da recuperação global da pessoa visam a promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que esta se encontra (C.F.Vidotti, Hoefler, & Silva, 2009).

Este facto tem o seu enquadramento jurídico à luz do Decreto-Lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006 que vem criar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no seu Artigo 27.º no ponto 1 assenta:” *A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma*” (...) o ponto 3 do mesmo artigo acrescenta: “*a equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os*

serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais” (Diário da República, 2006).

Durante o período de estágio tive a oportunidade de constatar a admissão de novos utentes na ECCI, tendo podido acompanhar a visita multidisciplinar de admissão dos utentes constituída pelo enfermeiro gestor do caso, pela médica que dá apoio à UCC/ECCI e por uma fisioterapeuta. Este facto adquiriu uma grande importância no meu percurso pois permitiu-me perceber como é feita a referência dos utentes, bem como a necessidade de articulação de todos os recursos humanos disponíveis.

Durante a passagem por esta instituição foi possível ainda realizar visitas domiciliárias realizando tratamento de feridas, bem como também a administração de medicação injetável. A grande maioria das feridas presentes nos utentes da ECCI durante este período eram essencialmente úlceras de pressão, úlceras de perna e um utente apenas com uma queimadura.

Perante esta experiência não posso deixar de salientar a importância que teve no meu percurso profissional pois permitiu-me sem sombra de dúvida conhecer e manusear materiais que desconhecia no que ao tratamento de feridas diz respeito.

Mediante esta situação e na tentativa de dar resposta a uma necessidade sentida pela ECCI de Campanhã fui encorajado a realizar a norma para as Superfícies de Apoio (SA) para esta instituição. As Superfícies de Apoio, sendo que para a NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*), superfícies de apoio são definidas como: “*um dispositivo especializado para redistribuição de pressão concebida para gestão de cargas tecidulares, microclima, e/ou outras funções terapêuticas (por exemplo, colchões, sistema integrado de cama, colchão de sobreposição, almofada de cadeira ou almofada de sobreposição)*” (NPUAP, 2007). Esta experiência foi novamente enriquecedora pois permitiu-me ter novos conhecimentos no que as SA diz respeito sendo com certeza útil ao longo do meu futuro, mas também permitiu dar um contributo no que há formação para os profissionais daquela ECCI diz respeito. Desta forma em anexo é apresentada a norma realizada para a ECCI, bem como a pesquisa bibliográfica sob a forma de trabalho escrito que lhe deu origem, apresentada no anexo XV.

Finda a etapa na ECCI de Campanhã, iniciou-se o percurso na UCSP de São Roque da Lameira com o objetivo de experienciar o modelo de atendimento baseado no Enfermeiro de Família. Este facto infelizmente não se pode verificar pois durante este período o edifício encontrava-se em remodelações estruturais profundas para vir a

proporcionar a implementação do modelo acima referido. Contudo não se pense que esta etapa não trouxe qualquer fruto, pois pelo contrário permitiu desenvolver e consolidar conhecimentos no que às visitas domiciliárias diz respeito mas também conhecimentos relativos ao tratamento de feridas.

Neste período foi ainda possível acompanhar as consultas de enfermagem realizadas na UCSP nomeadamente no que se refere à Saúde do adulto e do idoso.

A passagem por esta instituição permitiu-me ainda perceber o modo de funcionamento, articulação e enquadramento jurídico dos cuidados de saúde primários, assim permitiu perceber que às UCSP compete, prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Diário da República, 2008).

5. Reflexão sobre as competências adquiridas

A especialização em Enfermagem Comunitária pressupõe um aprofundamento de competências, bem como o desenvolvimento de novas outras para a prestação do melhor e mais especializado cuidado à comunidade, grupo ou indivíduo.

Assim, para a Ordem dos Enfermeiros: “Especialista é o enfermeiro que com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em contas as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativos a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010),

Como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, para além de todas as competências que são já comuns a todos os Enfermeiros Especialistas, Proponho-me ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros a (Ordem dos Enfermeiros, Maio de 2010):

- Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para a capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde,
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

De seguida realizar-se-á uma reflexão acerca das competências que foram sendo desenvolvidas durante todo o período de estágio rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária agrupadas nos domínios da Gestão, Conhecimento e Prestação de Cuidados, Comunicação, Investigação Formação e Supervisão Clínica.

5.1 Gestão

No que respeita a este domínio o facto de ter podido acompanhar de perto a Enfermeira coordenadora da UCC/ECCI de Campanhã permitiu perceber como é realizada a gestão dos stocks, mas principalmente a gestão dos recursos humanos e materiais. Permitiu-me

ainda ter conhecimento do seu funcionamento institucional tanto da UCC, como da ECCI, através da contribuição com a elaboração de uma norma para a ECCI sobre as Superfícies de Apoio para uniformizar a sua recomendação por parte de todos os profissionais destas instituições. Cada vez mais estas instituições tendem a ser baseadas em metas, projetos, indicadores e objetivos, e como não poderia também deixar de ser na prestação direta de cuidados, o que permitiu conhecer de forma mais clara e objetiva o modo de funcionamento e articulação dos recursos, e como é feita a referenciação dos utentes para a ECCI, facto este que desconhecia.

Ainda no que à gestão diz respeito, o facto de ter sido possível desenvolver competências nesta área ao longo dos três módulos e a “obrigatoriedade da ação no terreno” contando por vezes com algumas limitações como sendo o trânsito e as longas distâncias a percorrer apenas com um veículo para dar resposta eficaz a todas as necessidades contribuiu sem sombra de dúvida para perceber a grande importância que existe no correto planeamento e agendamento das visitas domiciliárias, facto este que foi importante no meu crescimento pessoal e profissional.

5.2 Conhecimento e Prestação de Cuidados

No que se refere à prestação de cuidados ao longo dos três módulos foi possível desenvolver novos conhecimentos para além da Gestão do Regime Terapêutico englobando o Regime Medicamentoso, não podendo deixar de mencionar que estas temáticas trouxeram novos conhecimentos para o desenvolvimento mais seguro e capaz da atual mas também futura prática clínica.

Um outro aspeto de relevo no que à prestação de cuidados diz respeito prende-se sem dúvida com o aumento dos conhecimentos relativos às Superfícies de Apoio e ao tratamento de feridas.

Para além de tudo isto, penso ter conseguido demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar. Ao mesmo tempo permitiu-me aumentar a minha capacidade de reflexão sobre os cuidados prestados, de forma a adequar os cuidados às novas e diferentes situações que surgem a todo o momento na prática dos cuidados na comunidade.

Por fim de referir que no que diz respeito à reflexão a fazer sobre o conhecimento e os cuidados prestados há que salientar o enorme papel que o contacto direto com a prática dos cuidados na comunidade me permitiu perceber de forma mais clara e objetiva a

forma de articulação dos cuidados e a referenciação dos utentes, que sem dúvida me permitirão prestar cuidados mais eficazes no futuro.

5.3 Comunicação

Sendo a comunicação um processo contínuo e dinâmico, as competências relativas a este domínio foram sendo desenvolvidas constantemente ao longo de todo o estágio.

Contudo penso que foi durante os módulos I e II que mais se desenvolveram as competências neste domínio, pois desde a fase de Diagnóstico que foi feito porta-a-porta e aquando da intervenção feita nos domicílios dos utentes que as minhas capacidades e estratégias foram postas à prova e julgo terem sido assertivas, contudo foram sendo aperfeiçoadas.

Um outro aspeto importante de referir foi a possibilidade de realizar visitas domiciliárias o que sem dúvida me permitiu desenvolver capacidades de comunicação reagindo a situações imprevistas que por vezes foram surgindo onde o utente se sente completamente seguro.

Por fim um outro facto de elevado interesse foi a possibilidade de comunicar os resultados referentes ao diagnóstico e intervenção a uma audiência especializada o que sem dúvida contribuiu para o meu crescimento pessoal mas também profissional como enfermeiro.

5.4 Investigação

Relativamente às competências do domínio da investigação pode-se afirmar que foram sendo desenvolvidas transversalmente ao longo de todos os módulos de estágio, contudo penso terem atingido a sua expressão máxima nos módulos I e II pois permitiu por à prova e desenvolver competências sobre o Planeamento em Saúde.

Um outro fator importante que se relaciona também com a comunicação é a apresentação dos resultados a uma audiência especializada, neste caso à equipa da UCC e ECCI de Campanhã onde permitiu desenvolver todo o método científico.

O tratamento dos dados obtidos revelou-se um facto importante pois permitiu desenvolver competências referentes ao programa de tratamento estatístico SPSS, competências que sem dúvida alguma serão muito uteis no meu futuro profissional.

Por fim a construção dos relatórios ao longo dos três módulos de estágio bem como a elaboração de uma norma de apoio à prática da ECCI de Campanhã possibilitou o desenvolvimento e aquisição de novas competências a nível académico.

5.5 Formação

Relativamente às competências neste domínio penso ter conseguido contribuir de alguma forma para a promoção da investigação em serviço por parte dos elementos da UCC e ECCI de Campanhã. Pois, através da apresentação do diagnóstico de situação, das prioridades e das intervenções culminando com a apresentação dos resultados permitiram em conjunto com a equipa multi e interdisciplinar discutir os objetivos de toda a intervenção os resultados obtidos e explicar as estratégias utilizadas mas também a sugestão de outras novas, decidindo-se em conjunto que seria pertinente a continuação dos planos de intervenção.

Por outro lado o espaço dado ao debate de todas as ideias acerca do tema penso também ter sido de grande importância para apresentação das expectativas profissionais dos elementos da equipa bem como importante ainda para o diálogo saudável entre todos, fomentando a colaboração e participação de todos numa continuação futura do projeto.

5.6 Supervisão Clínica

Nesta área foi também possível desenvolver competências, pois através das orientações tutoriais que permitiram orientação e espaço para uma reflexão crítica permitiram sem sombra de dúvida um desenvolvimento tanto pessoal como profissional acerca do percurso traçado, dos cuidados prestados e das competências desenvolvidas bem como a desenvolver.

Por outro lado, uma outra atividade no que se refere à colaboração na integração de novos profissionais no serviço não se verificou possível visto a equipa da ECCI não ter sido alargada durante o período de estágio.

6. Conclusão

Este documento vem traduzir todo o percurso de aprendizagem ao longo dos três módulos de estágio, assim é possível afirmar que a Enfermagem é uma profissão que necessita de uma grande e constante adaptação às verdadeiras necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

Este facto deixa transparecer o enorme contributo da Enfermagem Comunitária, na medida em que vai de encontro às reais necessidades dos indivíduos onde estes se inserem, ou seja, na comunidade.

Face a este facto a Enfermagem Comunitária necessita de constante atualização e aperfeiçoamento, mas também criatividade de forma contínua de forma a proporcionar as melhores respostas perante qualquer situação, refletindo na sua prática as características socioculturais da comunidade, incentivando à sua envolvência e à autorresponsabilização.

Uma outra enorme característica que importa realçar que deve estar presente perante o especialista em enfermagem comunitária é a capacidade de reflexão.

Assim pode-se afirmar que ao longo dos três módulos de estágio foi possível desenvolver competências no que rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária diz respeito nas áreas da comunicação, prestação de cuidados, reflexão, supervisão e formação. Competências estas, que sem dúvida serão importantes para o meu contínuo desenvolvimento pessoal e profissional.

De realçar que as dificuldades sentidas foram sendo ultrapassadas ao longo de todo o estágio. Estas dificuldades penso que se verificaram essencialmente por atualmente não desempenhar funções nos cuidados de saúde primários, contudo penso que posso afirmar que os objetivos para os três módulos de estágio foram de uma forma global atingidos rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária.

Assim no final de todo o estágio é possível afirmar que foi de extrema importância a possibilidade de pôr em prática os conhecimentos teóricos sobre o planeamento em saúde, facto este que sem sombra de dúvida foi e será um fator extremamente importante na minha prática futura.

O facto de ter contactado com diferentes realidades dentro de uma comunidade permitiu-me ter uma diferente e nova perspectiva em relação aos cuidados de saúde primários, pois permitiu-me perceber com mais clareza o papel preponderante do enfermeiro na prestação de cuidados neste caso aos idosos, onde muitas das vezes funciona também como agente social, obrigando sempre o enfermeiro a um mobilizar constante de todos os seus saberes.

No final dos três módulos de estágio graças às suas grandes componentes práticas e de proximidade permitiu ir de encontro às expectativas que inicialmente existiam pois no final da intervenção todos os utentes obtivera ganhos em saúde. Este facto deveu-se essencialmente ao acompanhamento exercido fundamentalmente através das visitas domiciliárias que sem dúvida sem revelaram um desafio constante que penso ter sido superado.

Uma limitação neste estudo prende-se essencialmente na linha temporal pois com o alargamento do estudo seria possível remarcar as visitas domiciliárias que não se realizaram e ao mesmo tempo poder-se-ia também verificar se os ganhos em saúde se mantêm no tempo.

Este facto, fez crescer ainda mais o gosto e vontade em fazer mais e melhor pelos cuidados de saúde primários pois a excelência dos cuidados constrói-se através da prática aliada à constante e profunda reflexão.

7. Bibliografia

- Abreu, S. (s.d.). *Visitação Domiciliária*. Ordem dos Enfermeiros.
- C.F.Vidotti, C., Hoefler, R., & Silva, E. V. (Março de 2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Referencial do Enfermeiro. *Tradução de: Promoting rational use of medicines: core components*. Geneva: OMS, 2002. Conselho de Enfermagem.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (Maio de 2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários.
- Diário da República. (2006). Artigo 27 do Decreto-Lei nº101 de 6 de Junho.
- Diário da República. (2008). Artigo 11º do Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro.
- Diário da República. (2008). Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro.
- Henriques, M. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem (Tese de Doutoramento). Universidades de Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). Metodologia do planeamento da saúde Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, p13.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011. www.ine.pt.
- International Council of Nurses. (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Genebra: Versão BETA 2(1ª Edição) - p.58.
- NPUAP. (2007). Terms and definitions related to support surfaces. www.npuap.org.
- O.M.S. . (1978). Documento de Alma-Ata – Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS: Organização Mundial de Saúde.
- O.M.S. (2002). Promoting rational use of medicines: core components. *Traduzido por Carlos C.F.Vidotti e Rogério Hoefler e Emília Vitória Silva*. - Conselho de Enfermagem, Março 2009. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- O.M.S. (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for Action*. O.M.S.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Quadro de Referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. Lisboa: Quadro de Referências; p.3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública . Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (Setembro de 2010). Ordem dos Enfermeiros.

Anexos

Anexo I
Projeto de Estágio módulos I e II



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã

Projeto de Estágio

Aluno: Ricardo Augusto Ramos Maia
Número:36055099

Porto, 16 de Maio de 2014



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**UCC Campanhã
Saúde Comunitária**

Projeto de Estágio

Aluno: Ricardo Augusto Ramos Maia

Orientador: Professor Armando Almeida

Tutora: Enfermeira Vitória Leal

Porto, 16 de Maio de 2014

Abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ECTS- European Credit Transfer and Accumulation System

EEC- Especialização em Enfermagem Comunitária

UCC – Unidade de cuidados na comunidade

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ÍNDICE

Introdução	4
Local e Módulos de Estágio	5
Objetivos/competências e atividades a desenvolver no estágio	7
Objetivos Gerais	7
Objetivos Específicos	8
Objetivos pessoais	10
Indicadores	9
Conclusão	16
Bibliografia	16

INTRODUÇÃO

Este projeto surge no âmbito da unidade curricular de Estágio do 7º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e foi concebido na perspectiva de nortear o meu percurso nesta unidade curricular para que descrevesse o desenvolvimento e a aquisição de competências no cuidado em enfermagem avançada à família, grupo e comunidade.

Assim, segundo o n.º 3, do art.º 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE): “ o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

O Estágio que se inicia tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes (210h) para trabalho individual, e está dividido em 3 Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180h de contacto.

Os Módulos I e II vão desenvolver-se na Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, sob a orientação do Professor Armando Almeida e Tutoria por parte da Enfermeira Vitória Leal.

A realização do projeto passará por utilizar a metodologia descritiva e será constituído por introdução, de seguida o enquadramento do local de estágio e módulos, os objetivos/competências e atividades, indicadores e por fim conclusão e bibliografia.

Contudo, sendo este projeto realizado na fase inicial do estágio poderá necessitar de alterações que desde já me proponho a efectuar sempre que necessário, mediante as necessidades que forem surgindo no decorrer do desenvolvimento das actividades ou de acordo com as sugestões que venham ser feitas por parte do orientador e da tutora acima mencionados.

Este primeiro Módulo de Estágio será de grande importância no meu percurso académico, mas também pessoal e profissional uma vez que a minha experiência profissional actual encontra-se direccionada para o meio hospitalar e sendo esta etapa de Diagnóstico de Saúde permitir-me-á perceber com maior clareza a importância dos Cuidados de Saúde Primários, bem como quais os reais problemas de uma população e de que forma podemos como Enfermeiros atuar nesses mesmos problemas com vista a obter ganhos em Saúde.

Local e Módulos de Estágio.

O Estágio está dividido em Módulo I, Módulo II e Módulo III (10 ECTS cada módulo) de 180 horas de contacto cada um respetivamente. Estas horas deverão ser divididas de modo a que se realize cerca de 3 a 4 turnos por semana.

Os Módulos I e II são precedentes entre si, assim temos:

- Modulo I – 28.04.2014 a 28.06.2014 – (Diagnóstico de Saúde)
- Modulo II – 15.09.2014 a 08.11.2014 – (Intervenção de acordo com as necessidades)
- Modulo III – 10.11.2014 a 21.01.2015 – (Opcional, em função do projeto profissional)

Os Módulos I e II serão desenvolvidos na UCC de Campanhã inserida no ACES Porto Oriental. No primeiro módulo será realizado o diagnóstico de situação na comunidade abrangida por esta UCC, com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, principalmente na área da adesão/gestão do regime terapêutico, sugerido pelo Professor Armando Almeida e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária da UCC de Campanhã Vitória Leal, decorrente das suas experiências e da sua percepção da realidade.

A escolha desta unidade para a realização do estágio de entre as opções apresentadas teve em especial atenção a proximidade geográfica do meu local de trabalho.

Porém como diz o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro Artigo 11.º a Unidade de Cuidados na Comunidade “...presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença (...), e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”, facto este que também pesou na minha escolha por esta unidade.

Na tentativa de justificar o tema a abordar, podemos afirmar sem sombra de dúvida que a adesão ao regime terapêutico é definida como um foco de atenção dos enfermeiros e ao mesmo tempo uma necessidade de cuidados de enfermagem.

A não adesão representa uma fatia bastante considerável no que respeita a gastos com a saúde e traduz um verdadeiro impacto no que respeita à qualidade de vida das pessoas e por conseguinte na economia.

A proximidade dos enfermeiros com a comunidade devido à natureza da sua relação de cuidados, permite uma excelente oportunidade para avaliar a adesão, ou não adesão ao regime

terapêutico. Por isso cabe aos enfermeiros planejar e implementar intervenções que permitam às pessoas aderir ao regime terapêutico.

Para o International Council of Nurses (ICN) a gestão do regime terapêutico é considerado como: “Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”

Ainda de acordo com o ICN, adesão é um tipo de gestão que significa: “Volição com as características específicas: ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”.

O Módulo II refere-se à implementação do projeto de intervenção e avaliação de acordo com as necessidades encontradas.

O Módulo III sendo opcional, a minha escolha irá depender ainda da minha experiência e do percurso efetuado ao longo dos Módulos I e II.

OBJECTIVOS / COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO

Como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, para além de todas as competências que são já comuns a todos os Enfermeiros Especialistas, Proponho-me ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros a:

- Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para a capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde,
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Com a finalidade de atingir estas competências são apresentados de seguida os seguintes objetivos gerais, específicos e pessoais, que mais uma vez reitero que ao longo deste Estágio podem ser alvo de reformulação.

Objetivos Gerais

Os objetivos gerais para este Estágio são:

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, os conhecimentos, e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Objetivos Específicos

Apresentam-se agora os objetivos específicos a atingir neste Estágio:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e formação pós-graduada;
2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
6. Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
11. Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC
28. Promover a formação em serviço na área de EEC;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

Objetivos Pessoais

No que respeita ao trabalho a desenvolver nos Módulos I e II, o foco da prática escolhido e recomendado pela experiência e maior proximidade com a verdadeira realidade pelo Professor Armando e pela Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária de UCC de Campanhã foi a Gestão do Regime Medicamentoso. Apresenta-se então para este foco os seguintes objetivos pessoais bem como a estimativa temporal do seu alcance:

Módulo I		
Objetivo Geral		
Planear/elaborar um Diagnóstico de Saúde da comunidade da UCC de Campanhã no foco Gestão do regime medicamentoso.		
Objetivos Pessoais	Atividades a desenvolver	Tempo de elaboração das atividades
Caraterizar a comunidade abrangida pela UCC de Campanhã	<ul style="list-style-type: none"> -Delimitar a população alvo -Conhecer a área geo-demográfica da UCC de Campanhã -Conhecer os elementos constituintes da comunidade; -Contactar os líderes da comunidade -Conhecer as organizações, associações, e grupos importantes para a UCC de Campanhã 	De 28/04/14 a 16/05/14
Identificar os problemas e necessidades relacionados com a gestão do regime terapêutico na comunidade abrangida pela UCC de Campanhã	<ul style="list-style-type: none"> -Selecionar as fontes de dados -Elaborar um instrumento de colheita de dados -Validação do pré-teste -Colheita de dados na comunidade -Tratamento e análise dos dados -Elaborar relatório conclusivo - Apresentar os resultados à equipa de saúde 	De 16/05/14 a 23/05/14 De 23/05/14 a 7/06/14 De 7/06/14 a 28/06/14
Identificar os recursos existentes, disponíveis na UCC de Campanhã	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar as funções de cada elemento da comunidade da UCC de Campanhã -Conhecer os materiais e equipamentos disponíveis -Identificar possíveis fontes de financiamento 	De 28/04/14 a 9/05/14
Aumentar conhecimentos na relação com pessoas idosas	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de entrevistas com a população alvo -Conhecer as principais preocupações dos idosos acerca da gestão do regime medicamentoso -Aumentar o conhecimento sobre as correntes teóricas acerca da gestão do regime medicamentoso -Realização de escuta ativa -Promoção de uma comunicação expressiva das emoções 	De 23/05/14 a 28/07/14

	-Aumentar conhecimento sobre estratégias educacionais e comportamentais para a promoção da adesão e gestão do regime medicamentoso	
Dinamizar a investigação em Enfermagem	-Realização de investigação na área do regime medicamentoso -Incentivo à procura de informação sobre a gestão do regime medicamentoso -Promoção do debate de ideias acerca da gestão do regime medicamentoso	De 28/04/14 a 28/07/14

Módulo II

Objetivo Geral

- Planear um Projeto de Intervenção a implementar na comunidade abrangida pela UCC de Campanhã no foco Gestão do regime medicamentoso
- Avaliar o Projeto de Intervenção implementado na comunidade abrangida pela UCC de Campanhã no foco gestão do regime medicamentoso

Objetivos Pessoais	Atividades a desenvolver	Tempo de elaboração das atividades
Definir prioridades de intervenção dentro do foco gestão do regime medicamentoso	-Avaliar a dimensão de cada uma das áreas prioritárias na gestão do regime medicamentoso -Identificar os fatores que influenciam a gestão do regime medicamentoso -Aplicar critérios de seleção	De 15/09/14 a 11/10/14 De 15/09/14 a 11/10/14
Identificar objetivos a alcançar com a implementação do Projeto de Intervenção	-Determinar a tendência da evolução natural dos problemas identificados -Identificar as alterações que se pretendem alcançar -Traduzir os objetivos em objetivos operacionais realizáveis e mensuráveis Delimitar os objetivos em termos de tempo e espaço	De 15/09/14 a 08/11/14
Elaborar estratégias para os objetivos traçados e perceber a tendência da evolução dos problemas identificados	-Estabelecer critérios de elaboração das estratégias -Traçar estratégias -Selecionar as estratégias potencialmente realizáveis, tendo em conta os objetivos traçados e os recursos	De 15/09/14 a 11/10/14

	disponíveis -Escolher as estratégias	
Avaliar a efetividade do Projeto de Intervenção de acordo com os fatores que influenciam a gestão do regime medicamentoso (fatores pessoais, sociais, económicos e culturais)	-Avaliar a relação entre objetivos iniciais e os resultados obtidos -Avaliar se o Projeto foi de encontro às necessidades da comunidade abrangida pela UCC de Campanhã -Verificar as alterações no comportamento da comunidade abrangida pela UCC de Campanhã	De a 1/11/14 a 8/11/14
Preparar a implementação do Projeto de Intervenção	-Elaborar o cronograma do Projeto -Especificar as actividades a desenvolver -Mostrar interrelação entre as atividades -Prever obstáculos à execução das atividades -Evitar sobreposição de atividades	De 15/09/14 a 1/10/14
Selecionar os Indicadores de Processo e de Resultado que se adequam ao problema identificado como prioritário	-Identificar as relações entre situações específicas (resultados esperados) e população em risco; -Elaborar Indicadores de acordo com os objetivos traçados.	De 15/09/14 a 1/10/14
Prever os recursos necessários à implementação do Projeto de Intervenção	-Orçamentar o Projeto de Intervenção -Identificar os recursos disponíveis e as fontes de financiamento.	De 15/09/14 a 1/10/14
Aumentar a capacidade de reflexão baseada na prática por evidência	-Reflexão constante sobre a prática executada -Debate de ideias com a equipa de saúde e com o Professor Armando -Realização de reflexões críticas	De 28/04/14 a 21/01/15
Possibilitar se exequível a continuidade do projeto	-Comunicação dos resultados à equipa de saúde -Fornecimento de todos os contactos efectuados à equipa de saúde -Facultar informação recolhida -Demonstrar disponibilização para colaboração na continuidade do projeto	De 1/11/14 a 8/11/14
Conhecer os desafios colocados ao Enfermeiro na comunidade	-Validação de conhecimentos teóricos sobre as barreiras existentes na recolha de dados e intervenção na comunidade -Aumentar os conhecimentos sobre a percepção da comunidade acerca do enfermeiro e seus contributos para a sua saúde	De 15/09/14 a 8/11/14

	-Aumentar a percepção da forma de referenciação dos problemas na comunidade	
Aumentar a percepção dos utentes em estudo para os contributos que os enfermeiros poderão dar na gestão eficaz do regime medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de entrevistas guiadas; -Fornecer informação relevante sobre estratégias de gestão do regime medicamentoso (exemplificar concretamente); -Procura de informação com vista à aplicação de técnicas comunicacionais eficazes, que propiciem mudanças no comportamento; - Explicar a ação do enfermeiro na parceria com o utente 	De 15/09/14 a 8/11/14
Investir no aumento do conhecimento na formulação de indicadores	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica -Treinar a formulação de indicadores 	De 15/09/14 a 8/11/14
Aumentar conhecimentos sobre Planeamento em Saúde e empowerment	<ul style="list-style-type: none"> -Consultar bibliografia -Realização de entrevistas -Esclarecimento de dúvidas junto dos enfermeiros especialistas da UCC e do Professor Armando -Valorizar a intervenção na optimização das capacidades e do empowerment da pessoa com vista à gestão do regime medicamentoso adaptado à situação de saúde através do ensino, instrução e treino -Realizar escuta ativa 	De 15/09/14 a 8/11/14

Indicadores

A elaboração e execução de um projeto, pressupõem uma avaliação. Assim sendo torna-se impérios a formulação de indicadores que vão de encontro a correta interpretação das intervenções. Devendo portanto reflectir de forma fácil a compreensão, a acessibilidade, a ética mas também a utilidade e a representatividade do projeto e seus resultados.

Para este Projeto de Estágio serão de seguida apresentados Indicadores de Processo que medem a prestação de atividades e Indicadores de resultado que traduzem a possibilidade de monitorizar o estado de saúde da população.

Indicadores de processo

- Percentagem da comunidade abrangida pela UCC de Campanhã alvo de intervenção no Projeto na área da Gestão do Regime Terapêutico.
- Percentagem da comunidade abrangida pela UCC de Campanhã alvo de intervenção no Projeto na área da Gestão do Regime Terapêutico, que participou nas atividades

Indicadores de resultado

- Percentagem da comunidade abrangida pela UCC de Campanhã que foi alvo de intervenção e que melhorou a Gestão do Regime Terapêutico.
- Percentagem da comunidade abrangida pela UCC de Campanhã que foi alvo de intervenção no Projeto e que demonstrou aumento do conhecimento na área do Regime Terapêutico.

CONCLUSÃO

A elaboração deste Projecto de Estágio, permitiu atingir os objetivos a que me propus inicialmente, bem como ainda me permitiu também guiar de uma melhor forma ao longo desta unidade curricular e com este, perceber com maior clareza a natureza do trabalho que é esperado desenvolver para esta primeira etapa do Estágio.

Porém devido a não exercer funções especificamente na área da Enfermagem Comunitária, certamente alguns dos objetivos bem como algumas estratégias podem ter de sofrer alterações mediante a realidade que venha a ser encontrada.

Por fim, de referir que este Projecto de Estágio, se revelou de grande importância para a minha formação profissional e pessoal, pois permitiu-me abrir horizontes para o cuidado à pessoa enquanto indivíduo inserida na família e na comunidade, bem como desenvolver a minha capacidade de reflexão e ainda adquirir mais conhecimentos sobre a adesão e gestão do regime terapêutico.

Bibliografia

- Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.
- Comunitária, Colégio da Especialidade de Enfermagem. 2010. *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010
- International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão 1.0 (1ª ed.)*. Genebra: International Council of Nurses.
- Material das aulas da Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Ministério da Saúde Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. 2008
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)
- Universidade Católica Portuguesa; *Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Enfermagem Comunitária*, Porto, Janeiro de 2014

Anexo II

Diagnóstico de Situação



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:

UCC DE CAMPANHÃ

Alunos:

Ana Luísa Sousa Araújo

Helena Isabel Sousa Araújo

Ricardo Augusto Ramos Maia

Professor Orientador: Armando Almeida

Enfermeira Tutora: Vitória Leal

Porto, Março de 2015



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:

UCC DE CAMPANHÃ

Diagnóstico realizado no período de 28 de Abril a 28 de Junho de 2014 no âmbito do Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialidade em Enfermagem Comunitária

Alunos:

Ana Luísa Sousa Araújo

Helena Isabel Sousa Araújo

Ricardo Augusto Ramos Maia

Professor Orientador: Armando Almeida

Enfermeira Tutora: Vitória Leal

Porto, Março de 2015

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. ÁREA PROGRAMÁTICA	10
2.1. O envelhecimento populacional e a Gestão do Regime Terapêutico	10
2.2. O envelhecimento populacional e a dependência	14
2.3. Polimedicação nos idosos	15
2.4. Políticas de Saúde e Ganhos em Saúde	17
3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo Geral	19
3.2. Objetivos Específicos	19
4. CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE	21
4.1. Caraterização do Concelho e cidade do Porto:	21
4.2. Demografia – Evolução da população residente	22
5. MORBILIDADE	27
6. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO	29
6.1. Seleção das Variáveis	29
6.2. Caraterização da Amostra	31
6.3. Seleção de Fontes de Informação	32
6.4. Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados	32
6.4.1 Instrumentos de mensuração utilizados	34
6.5. Aplicação do Pré-Teste	39
6.6. Previsão do Tratamento, Análise e Apresentação dos Dados	40
6.7. Previsão dos Recursos	40
6.8. Considerações Éticas	41
6.9. Procedimento de Colheita de Dados	41
6.10. Tratamento Estatístico	42
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
7.1. Caraterização da Amostra	43
7.1.1. Análise descritiva das variáveis	43
7.1.2 Análise Inferencial das variáveis ordinais	61
8. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	67

9. CONCLUSÃO	69
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO I - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS	76
ANEXO II – Formulário (ANEXO III DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO)	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do concelho do Porto.....	22
Figura 2 - Pirâmide Etária da população residente no ACES Porto Oriental e Região, Norte 2012.....	26

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - População residente no ACES Porto Oriental (2002 a 2011)	22
Quadro 2 - População residente no ACES Porto Oriental por género e grupos etários.....	22
Quadro 3 - Evolução do índice de dependência total no ACES Porto Oriental (2002-2012).....	22
Quadro 4 - Evolução do índice de envelhecimento ACES Porto Oriental (2002-2012).....	23
Quadro 5 - Principais indicadores de morbilidade no ACES Porto Oriental (2º trimestre de 2013).....	26
Quadro 6 - Variáveis consideradas no estudo.....	29
Quadro 7 - Distribuição amostral por género e faixas etárias.....	44
Quadro 8 - Distribuição amostral por estado civil e género.....	45
Quadro 9 - Variável: Vive com.....	45
Quadro 10 - Capacidade financeira para necessidades de saúde.....	46
Quadro 11 - Priorização dos Problemas nos Utentes Idosos da UCC de Campanhã – ACES Porto-Oriental.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição amostral por género.....	45
Gráfico 2 - Distribuição amostral por género.....	45
Gráfico 3 - Distribuição amostral por estado civil.....	47
Gráfico 4 - Distribuição por tipo de agregado.....	48
Gráfico 5 - Escolaridade dos indivíduos inquiridos.....	48
Gráfico 6 - Capacidade financeira de suprir os custos de saúde.....	49
Gráfico 7 - Conhece o fármaco.....	50
Gráfico 8 - Existência de Suporte escrito.....	50
Gráfico 9 - Quem prepara a medicação.....	51
Gráfico 10- Quem gere a medicação.....	51
Gráfico 11 - Dificuldade em abrir/fechar embalagem.....	51
Gráfico 12 - Dificuldade em ler as embalagens.....	52
Gráfico 13 - Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.....	52
Gráfico 14 - Dificuldade em tomar o fármaco.....	52
Gráfico 15 - Dificuldade em renovar a medicação a tempo.....	52
Gráfico 16 - Dificuldade em ir à farmácia.....	53
Gráfico 17 - Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação.....	53

Gráfico 18 - Dificuldade em se lembrar quando chega a hora de tomar.....	54
Gráfico 19 - Dificuldade em organizar tomas fora de casa.....	54
Gráfico 20 - Capacidade funcional para cuidar da casa.....	55
Gráfico 21 - Capacidade funcional para lavar a roupa.....	55
Gráfico 22 - Capacidade funcional para preparar a comida.....	56
Gráfico 23 - Capacidade funcional para ir às compras.....	56
Gráfico 24 - Capacidade Funcional para o uso do telefone.....	56
Gráfico 25 - Capacidade Funcional para o uso do Transporte.....	57
Gráfico 26 - Capacidade Funcional para o uso do dinheiro.....	57
Gráfico 27 - Capacidade Funcional na Responsabilidade pela medicação.....	57
Gráfico 28 - Avaliação Funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY.....	58
Gráfico 29 - Higiene Pessoal.....	58
Gráfico 30 - Evacuar.....	59
Gráfico 31 - Ir à casa de banho.....	59
Gráfico 32 - Alimentar-se.....	59
Gráfico 33 - Transferências.....	60
Gráfico 34 - Mobilidade	60
Gráfico 35 - Vestir-se.....	60
Gráfico 36 - Uso das escadas.....	61
Gráfico 37 - Banho.....	61
Gráfico 38 - Índice de Barthel para as atividades de Vida Diária.....	61

SIGLAS:

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
ACES PO- Agrupamento de Centros de Saúde Porto Oriental
ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
ARSN- Administração Regional de Saúde Norte
AIVDs- Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVDs- Atividades de vida diária
CAOP- Carta Administrativa Oficial de Portugal
DDO- Doenças de Declaração Obrigatória
DSS- Diagnóstico de Situação de Saúde
DGS- Direção Geral de Saúde
ECTS- European Credit Transfer and Accumulation System
EEC- Especialização em Enfermagem Comunitária
IB- Índice de Barthel
ICN- International Council of Nurses
INE- Instituto Nacional de Estatística
INSA- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
MAT- Medida de Adesão aos Tratamentos
MEEM- Mini Exame do Estado Mental
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PLS- Plano Local de Saúde
RN- Região Norte
SPSS- Statistical Package for the Social Sciences
UCC – Unidade de cuidados na comunidade

1. INTRODUÇÃO

O estudo desenvolvido surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio. Esta, insere-se no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Ela encontra-se dividida em três Módulos, correspondendo o presente relatório, ao Módulo de estágio I que foca a elaboração de um Diagnóstico de Situação. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã – “Saúde do Idoso”, no período compreendido entre 29 de Abril e 28 de Junho de 2014.

No setor da Saúde, a escassez de recursos disponíveis e as múltiplas necessidades das populações, conduzem à necessidade de planejar. O planeamento coloca como peça fundamental o necessário conhecimento do contexto populacional (necessidades e circunstâncias) e das suas possíveis mutações.

O Diagnóstico de Situação constitui-se assim como a primeira e fundamental etapa de todo o processo de Planeamento em Saúde, que consiste, no conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco e recursos. (Tavares, 1990)

Nesta primeira análise, torna-se portanto fundamental definir prioridades, para posteriormente elaborar estratégias de intervenção, respondendo assim aos problemas identificados.

O conhecimento do processo como um todo, surge assim como uma das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária. Este, define uma diretriz consensual que deverá ser observada nos diversos contextos da prática.

Todo este processo é constituído por várias etapas, nomeadamente: o diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. (Imperatori & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde, 1982)

O presente Diagnóstico de Situação define como objetivos específicos:

- Selecionar uma amostra de acordo com a área programática em estudo;
- Elaborar um instrumento de colheita de dados;
- Recolher os dados relativos à amostra com recurso ao instrumento elaborado;
- Analisar os dados recolhidos e destacar potenciais relações nos mesmos;
- Analisar os resultados obtidos;
- Responder a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã – “Saúde do idoso”;
- Dar cumprimento a uma exigência do âmbito pedagógico;
- Sedimentar os conhecimentos e competências adquiridos na área de Planeamento em Saúde.

Na área programática, que será descrita no capítulo 2, apresentam-se as problemáticas da Gestão do Regime Terapêutico e da dependência face ao envelhecimento populacional e da polimedicação nos idosos.

No capítulo 3, identificam-se os objetivos do Diagnóstico de Situação. A exposição dos objetivos gerais é refinada pela menção de objetivos específicos.

A perceção contextual da comunidade em estudo revela-se peça fundamental, sendo que para tal, apresenta-se no Capítulo 4, a caracterização da mesma, mais concretamente do Concelho do Porto, Freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã, onde será feita também a caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) desta mesma freguesia.

Os capítulos 5 e 6 abordam considerações acerca da Morbilidade e os fatores de risco que interferem com a Gestão do Regime Terapêutico.

Relativamente ao planeamento do estágio, descrito no capítulo 7, é feita referência à seleção das variáveis, amostra, seleção de fontes de informação, elaboração do instrumento de colheita de dados, aplicação do pré-teste, previsão do tratamento,

análise e apresentação dos dados, culminando na previsão dos recursos e nas considerações éticas.

O processamento estatístico dos dados obtidos, permite no capítulo 8 a análise e discussão dos resultados.

O capítulo 9 concentra a definição de prioridades e antecede as conclusões do presente estudo.

2. ÁREA PROGRAMÁTICA

2.1. O envelhecimento populacional e a Gestão do Regime Terapêutico

A Gestão do Regime Terapêutico, quando necessária, condiciona a saúde de cada indivíduo. A presente exposição centrar-se-á nos fatores que condicionam a Gestão do Regime Medicamentoso da população com idade igual ou superior a 65 anos.

Um comportamento de Adesão possui características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária. (International Council of Nurses, 2005)

Numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir no processo de Gestão do Regime Terapêutico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu cinco grupos de fatores:

- fatores sociais, económicos e culturais;
- fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde;
- fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades;
- fatores relacionados com a terapêutica prescrita;
- fatores individuais relativos ao doente. (Organização Mundial da Saúde, 2004)

Relativamente aos fatores sociais, económicos e culturais que influenciam a Gestão do Regime Terapêutico, devem ser tidos em linha de conta, aspetos como a pobreza, o status sócio-económico, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o suporte social, o alto custo dos transportes e da medicação, a longa distância dos centros de tratamento e as crenças e costumes dos doentes. Todos estes fatores, podem colocá-los em situação de desvantagem, levando à necessidade de estabelecimento de prioridades que podem não corresponder à adesão aos tratamentos. (Bugalho & Carneiro, 2004)

Por outro lado, o isolamento social pode também condicionar a Adesão e consequentemente a Gestão ao Regime Medicamentoso. É frequente verificar que os indivíduos, especialmente os idosos, que vivem sozinhos, alimentam-se pior e cometem erros de medicação com mais frequência. (Ownby, Herzog, Crocco, & R.Duara, 2006)

Fatores relacionados com a terapêutica prescrita derivam da complexidade do regime terapêutico, da sua duração, dos insucessos prévios de obtenção de benefícios da terapêutica, de alterações frequentes no esquema terapêutico, da ausência imediata de melhoria clínica e de efeitos secundários à medicação contribuindo para uma baixa taxa na adesão terapêutica. (Bugalho & Carneiro, 2004)

Destacam-se ainda, um conjunto de fatores de risco que interferem com a Gestão do Regime Terapêutico (Wray & Dobbels, 2009):

- História de gestão ineficaz
- Efeitos secundários da medicação
- Doença psiquiátrica
- Custo da medicação
- Alteração da personalidade
- Difícil acesso à medicação
- Fraco suporte social
- Regime terapêutico complexo
- Abuso de substâncias tóxicas
- Pouca consciência de saúde
- Alterações cognitivas
- Falta de planeamento de cuidados
- Crenças negativas na medicação
- Doença de longa duração
- Falta de caixas para medicamentos e lembretes
- Deficiente comunicação com o médico
- Falta de conhecimento sobre os medicamentos
- Débil relação profissional de saúde/doente

- Estatuto social
- Pouco conhecimento da doença
- Deficiente funcionamento a nível social
- Pouca autoeficácia
- História de abusos
- Iliteracia
- Raça/cultura

Para além das causas que são passíveis de influenciar a modificação de comportamento pelo utente, enunciam-se quatro categorias de fatores que também poderão influenciar a Adesão ao Regime Medicamentoso:

- **Fatores relacionados com a medicação:** efeitos secundários da medicação, número de medicamentos, tamanho do medicamento, apresentação do medicamento, restrições na dieta implicadas pelo medicamento, duração e complexidade da administração do medicamento;
- **Fatores relacionados com a pessoa:** conhecimento sobre o processo de doença, crenças em saúde, estadio da doença, aceitação do diagnóstico, compreensão sobre adesão, preparação para tomar a medicação prescrita, estratégias de coping e confiança nas capacidades;
- **Fatores relacionados com o ambiente:** fator financeiro, disponibilidade telefónica, suporte familiar e suporte social;
- **Fatores relacionados com o enfermeiro:** competências comunicacionais, disponibilidade para questões abertas, relação terapêutica.

A eficácia da Gestão do Regime Terapêutico engloba dois aspetos preponderantes: a volição e a cognição (Bastos, 2004).

A volição é um processo psicológico. "Força de vontade" é a expressão comum para representar um estado mental. Volição é o termo científico para um mesmo estado mental. A pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos e faz uma escolha de forma consciente.

A cognição é um processo de aquisição de conhecimento. Ela envolve, um estado de consciência, a percepção, o pensamento, raciocínio, a memória e a linguagem; ela introduz compreensão. Os processos associados à cognição permitem a tomada de decisão.

Os fatores socioeconómicos aparecem fortemente correlacionados com o grau de adesão dos pacientes. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego podem significativamente dificultar uma efetiva adesão terapêutica. A dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, o isolamento social do paciente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados saúde, levam a custos e dificuldades adicionais. (Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; Organização Mundial da Saúde, 2004)

Muitos dos pobres da nossa sociedade experimentam o mesmo ciclo desencorajador, ser saudável tem um custo; esse custo requer capacidade financeira; a capacidade financeira provém do trabalho, mas para trabalhar é preciso ser saudável.

A falta de cuidados de saúde adequados, obriga as famílias pobres a suportar um fardo particularmente pesado, tendo de cuidar dos seus familiares, o que prejudica o desenvolvimento das suas funções mais básicas.

O envelhecimento da população e o consequente crescimento das doenças crónicas conduzem atualmente a um elevado consumo de medicamentos por parte desta faixa etária. Este aumento do número de medicamentos, associado às vulnerabilidades e fragilidades inerentes ao envelhecimento, torna a gestão do regime medicamentoso por parte do idoso, numa árdua tarefa. Existem no entanto intervenções que podem colmatar esta dificuldade, encontrando-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária, numa posição privilegiada para desenvolver ações que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida dos nossos idosos.

As doenças crónicas constituem atualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas. O volume crescente das mesmas acarreta custos elevados quer a nível individual quer a nível da própria sociedade. O envelhecimento

demográfico e o consequente aumento das doenças crónicas, contribuem em grande parte para um elevado consumo de medicamentos por parte dos idosos.

Os cuidados de saúde de qualidade são por si só, um determinante de saúde das populações surgindo como um fator primordial para o desenvolvimento económico das sociedades e constituindo um dos objetivos dos sistemas de saúde. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010)

Uma reflexão sobre a sustentabilidade do Sistema de Saúde, permite verificar a um nível macroeconómico a existência de um mesmo ciclo, ao qual estão sujeitos os indivíduos. Nesse contexto, justifica-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias criteriosas, formalizadas no processo de planeamento.

Como primeira etapa do processo, surgem os diagnósticos de saúde efetuados às populações, já que permitem uma identificação real das necessidades. Aliados às estratégias traçadas nos vários documentos existentes ao nível da saúde, torna-se assim possível, dar respostas capazes às necessidades identificadas.

O presente estudo, através de um diagnóstico de situação, pretende contribuir para a busca de respostas relativamente à problemática da polimedicação no idoso. Este, foca a definição de medidas que viabilizem uma correta Gestão do Regime Medicamentoso. Nesse sentido, o estudo, além de pretender capacitar e transmitir segurança no que se refere à medicação dos idosos, possibilita o aumento dos ganhos em saúde e contribui para a redução dos gastos em medicamentos.

2.2. O envelhecimento populacional e a dependência

A crescente dependência por parte dos idosos, surge de forma evidente na nossa sociedade, o que conduz a uma maior procura dos serviços de saúde para fazer face às suas necessidades.

Se considerarmos que o nível de dependência aumenta com a idade, assistimos hoje a um número de idosos com limitações na realização das suas atividades de vida diárias,

sendo por isso necessária, uma mudança na prestação efetiva dos cuidados, a fim de fazer face a estas novas necessidades. (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012)

Relativamente à dependência, ela pode definir-se como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as actividades diárias”. (Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 101/2006, 2006)

Os resultados obtidos através dos Censos de 2011 são ainda mais alarmantes no que respeita ao envelhecimento da população portuguesa nos últimos anos, demonstrando um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos, atingindo no país 19%, o índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há 129 idosos. Outro aspeto de grande importância, é o aumento do nível de dependência, que passou de 48% para 52%. O agravamento do índice de dependência total, é resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24% em 2001 para 29% em 2011. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

2.3. Polimedicação nos idosos

Existem vários estudos que comprovam o elevado consumo de medicamentos nesta faixa etária. Segundo a OMS, estima-se que 50%, de todos os medicamentos, são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inapropriada e que 50% dos idosos os utilizam de forma incorreta, sendo por isso da máxima importância, a promoção do uso racional dos medicamentos. (Organização Mundial da Saúde, 2004)

Estudos comparativos relativos à prescrição de fármacos nas diferentes faixas etárias apontam para valores significativamente mais elevados para as entidades inquiridas na faixa dos 65 anos ou mais. Essa tendência, tem sido acentuada nos últimos anos. O elevado consumo de medicamentos aumenta a suscetibilidade dos idosos às interações

medicamentosas, por via das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, o que poderá conduzir por parte destes, a uma fraca adesão ao tratamento e consequentemente gestão, implicando elevados custos económicos. Verifica-se que a relação entre o número de medicamentos administrados concomitantemente e a incidência de reações adversas cresce de forma exponencial. Os idosos polimedicados tornam-se deste modo, uma população com risco acrescido ao aparecimento de complicações secundárias a todas as alterações que o envelhecimento acarreta, tais como a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção, funções estas, que vão sendo cada vez mais lentas, com o passar dos anos. O aumento do número de medicamentos, associado a alterações dos fatores biofisiológicos dos idosos, leva a que a Gestão do Regime Medicamentoso por parte destes, se torne uma tarefa difícil. (Palma, 2012)

Um regime medicamentoso complexo, requer da pessoa idosa, conhecimentos, capacidades e competências que conduzam à tomada de decisão, que lhes permita obter os medicamentos, administrá-los e monitorizar, de forma contínua, os efeitos terapêuticos e secundários, aumentando dessa forma a probabilidade de obter os melhores resultados de saúde, bem-estar e qualidade de vida e uma gestão eficaz do regime medicamentoso. (Henriques, 2011)

Sabendo que o doente é um agente ativo na escolha dos cuidados de saúde, as suas crenças no tratamento vão influenciar o seu comportamento no tratamento da doença. (Figueiras, 2006)

Por outras palavras, os doentes têm as suas próprias ideias e perspetivas em relação ao uso de medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências. Ponderam o risco/benefício relativamente à toma da medicação e determinam, de acordo com a eficácia percebida a segurança e o valor em termos de resultados para a sua saúde e consequentemente a sua adesão ou não ao tratamento. (Henriques, 2011)

Existem intervenções com capacidade de dar resposta a esta dificuldade. Neste contexto, situa-se o enfermeiro especialista em saúde comunitária, numa posição

privilegiada e de destaque para desenvolver ações que possam dar um contributo significativo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

2.4. Políticas de Saúde e Ganhos em Saúde

No sentido de obter ganhos em saúde, inúmeras políticas têm sido estabelecidas a nível mundial, sendo que com esta preocupação, Portugal formulou o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 com base em medidas que permitissem a promoção da saúde e a prevenção da doença, medidas essas a implementar pelas diferentes unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, que contribuiriam para uma maior equidade e acesso, bem como, um envolvimento ativo dos cidadãos de forma a alcançar esses ganhos em saúde. (Ministério da Saúde, 2014)

É pois, necessário um modelo integrado, de forma a promover a manutenção das pessoas idosas no seu ambiente e facilitar o acesso a cuidados de qualidade assegurando ao mesmo tempo a continuidade de cuidados dos idosos em situação de dependência.

Nos nossos dias, o envelhecimento começa a ser um paradoxo, se por um lado é uma história de sucesso individual em que as pessoas vivem mais anos, por outro lado é um desafio à sustentabilidade do sistema social e de saúde pública. A idade avançada é sempre uma história de vida, uma prova de que houve saúde suficiente para um aumento efetivo dos anos da vida, idealmente com ganhos em qualidade de vida, contudo acompanhada de alterações progressivas nas capacidades adaptativas quer sejam de ordem biológica, psicológica ou social. (Henriques, 2011)

Deve ser dada especial atenção aos idosos mais vulneráveis, que por norma são os de idade mais avançada, com desnutrição, risco de queda, alterações sensoriais, incontinência e também aos idosos com regime medicamentoso complexo, estes sim, o foco do nosso estudo.

A qualidade de vida dos idosos pode mudar drasticamente, caso exista uma gestão eficaz do regime medicamentoso, aposta na informação para melhor decisão e afirmação de

um processo de confiança e segurança por parte quer dos idosos, como também das suas famílias.

A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é basilar na capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das complicações associadas. (Direcção Geral de Saúde, 2014)

A prevenção e a gestão das doenças crónicas, constituem-se como problemas emergentes em cuidados de saúde primários. Com estratégias adequadas poder-se-á aumentar a adesão aos planos de cuidados, reduzir a morbilidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas com doenças crónicas, com o empenho de todos os grupos profissionais envolvidos. (Henriques, 2011)

Para tal, é necessário uma adaptação dos serviços relativamente a forma de prestação de cuidados, vocacionados às reais necessidades da população, trabalhando em parceria e estabelecendo novas estratégias para desta forma se obter os tão desejados ganhos em saúde.

3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Nesta fase do trabalho é fundamental traçar os objetivos. Esta etapa, referente à fixação de objetivos é importante para fornecer normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento, quer da própria gestão dos projetos. (Tavares, 1990)

Por sua vez, Imperatori e Giraldes afirmam que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. (Imperatori & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde, 1982)

Definem-se em seguida, o objetivo geral e os objetivos específicos para a elaboração do diagnóstico de situação do presente estudo:

3.1. Objetivo Geral

Identificar as necessidades dos idosos da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, tendo como foco a Gestão do Regime Medicamentoso, através da elaboração de um Diagnóstico de Situação, a decorrer no período de 29 de Abril a 28 de Junho de 2014

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar fontes de procura de informação sobre o tema;
- Caracterizar o concelho do Porto, freguesias da área de abrangência da UCC de Campanhã;
- Construir um instrumento de recolha de dados, sensível às necessidades dos idosos;
- Determinar uma amostra para o estudo;
- Realizar a recolha de dados, no domicílio dos cidadãos;

- Avaliar a receptividade da população idosa para participar em futuras intervenções sobre a promoção da autogestão do regime medicamentoso;
- Caracterizar a amostra em estudo;
- Analisar os dados recolhidos;
- Elaborar o relatório final.

4. CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Neste ponto, iremos caraterizar o concelho do Porto, bem como as freguesias da área de abrangência da UCC de Campanhã, que são, nomeadamente, Bonfim, Paranhos e Campanhã. Será ainda efetuada, a caraterização da UCC desta mesma freguesia.

4.1. Caraterização do Concelho e cidade do Porto:

Localizada no Norte de Portugal, a Cidade do Porto ocupa uma área de cerca de 41,3 Km² e encontra-se organizada em 15 freguesias (Aldoar, Bonfim, Campanhã, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Paranhos, Ramalde, S. Nicolau, Santo Ildefonso, Sé e Vitória).



Figura 1 - Mapa do concelho do Porto

A Cidade do Porto é o centro de uma área metropolitana que tem o seu nome, Área Metropolitana do Porto, e que engloba 16 municípios (Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Porto, Póvoa de Varzim, Sta. Maria da Feira, Santo Tirso, S. João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia), que no conjunto totalizam cerca 1.600.000 habitantes.

O Concelho do Porto é limitado a norte pelos concelhos de Matosinhos e da Maia, a leste por Gondomar, a sul por Vila Nova de Gaia e a oeste tem litoral no Oceano Atlântico.

Este mesmo Concelho foi reestruturado em dois agrupamentos de centros de saúde (ACES): o ACES Grande Porto VI – Porto Ocidental e o ACES Grande Porto VII – Porto Oriental. (Governo Constitucional - Portaria da república - nº 273/2009 - 18 de março, 2009)

O ACES do Porto abrange uma população residente de 237.591 habitantes.

O ACES Grande Porto VI – Porto Ocidental abrange as freguesias de Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde, São Nicolau, Santo Ildefonso, Sé e Vitória, tendo em conta a população inscrita.

O ACES Grande Porto VII - Porto Oriental abrange as freguesias de Bonfim, Campanhã e Paranhos. Será neste ACES, que recairá a nossa área de intervenção.

4.2. Demografia – Evolução da população residente

A área geodemográfica do ACES Porto Oriental (ACES PO) é composta pelas freguesias de Bonfim, Campanhã e Paranhos, com uma população residente de 101 222 habitantes, verificando-se uma diminuição ao longo dos anos, com um índice de envelhecimento elevado, evidenciando valores superiores aos da Região Norte e do Continente. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

A população inscrita no ACES é de 45 849 homens e 55 373 mulheres, perfazendo um total de 101 222 utentes.

Quadro 1: População residente no ACES Porto Oriental, Região Norte e no Continente nos anos 2002 a 2011, tendo como unidade de medida o nº de indivíduos

POPULAÇÃO RESIDENTE	ANOS					
	2002	2006	2007	2008	2009	2011
ACES PORTO ORIENTAL	102.442	93.015	90.569	88.233	85.671	101.222
REGIÃO NORTE	3.691.922	3.744.341	3.745.236	3.745.439	3.745.575	3.689.682
CONTINENTE	9.927.441	10.110.271	10.126.880	10.135.309	10.144.940	10.047.621

Fonte: ACSS 2010, Censos 2011 e CAOP 2012

Quadro 2: População residente no ACES Porto Oriental e por grupo etário > ou = 65 anos

ÁREA GEOGRÁFICA	Total			Total >= 65 anos		
	HM	H	M	HM	H	M
PORTO	23.7591	108.104	129.487	55.083	20.866	34.217
BONFIM	24.265	10.674	13.591	6.584	2.361	4.223
CAMPANHÃ	32.659	15.130	17.529	7.524	2.869	4.655
PARANHOS	44.298	20.045	24.253	10.496	4.005	6.491
ACES PORTO ORIENTAL	101.222	45.849	55.373	24.604	9.235	15.369

Fonte: INE, CAOP 2012 e ARSN – “Perfis de Saúde” da Região Norte

Quadro 3: Evolução do índice de dependência total, 2002-2012, no ACES Porto Oriental

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA TOTAL	ANOS								Unidade de medida
	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ACES PORTO ORIENTAL	49,10	50,20	50,30	50,80	51,53	52,50	55,27	54,9	Rácio por 100
REGIÃO NORTE	46,14	45,42	42,25	45,26	45,21	45,40	47,72	47,5	Rácio por 100
Continente	48,42	48,70	48,90	49,30	49,70	50,20	51,92	51,6	Rácio por 100

Fonte: ACSS/2010 e INE (Censos 2011)

Relativamente ao Índice de Dependência de Idosos (Quadro 3) verifica-se que é no ACES PO (37,6%) que se localiza o maior nº de idosos dependentes da população ativa e o Índice de Envelhecimento tem vindo a apresentar uma tendência crescente.

Quadro 4: Evolução do índice de dependência total, 2002-2012, no ACES Porto Oriental

Fonte: ACSS/2010 e INE (Censos 2011 Provisórios e Definitivos)

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	ANOS								Unidade medida
	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ACES PORTO ORIENTAL	145,40	154,40	157,00	158,90	160,23	162,20	220,18	218,6	Rácio por 100
REGIÃO NORTE	89,06	98,56	101,60	104,53	102,64	106,60	113,89	113,3	Rácio por 100
CONTINENTE	113,91	114,20	116,20	118,10	120,30	122,90	131,34	130,6	Rácio por 100

É na diminuição da natalidade e no modelo de mortalidade por idades, que se pode explicar a causa do envelhecimento no topo da pirâmide etária: os ganhos em saúde alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas.

Podemos afirmar com isto que, o evoluir da esperança média de vida, acarreta consigo o aumento das doenças crónicas e as complicações a estas associadas, tornando-se por isso um aspeto fundamental aos cuidados de enfermagem, proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos nossos idosos, sobretudo, aos que têm um elevado grau de dependência e muitas vezes vivem isolados, sem capacidade para gerir de um modo eficaz o seu regime alimentar, de exercício físico e o regime medicamentoso, que muitas vezes é complexo.

Através da observação do Quadro 4 e da Figura 1, podemos constatar que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, a par do

índice de dependência total no ACES Porto Oriental, onde se integra a freguesia de Campanhã, que é a freguesia que iremos trabalhar ao longo do nosso estudo. Por sua vez, o índice de natalidade tem vindo a decrescer ao longo dos anos, o que faz com que a população também se torne cada vez mais idosa.

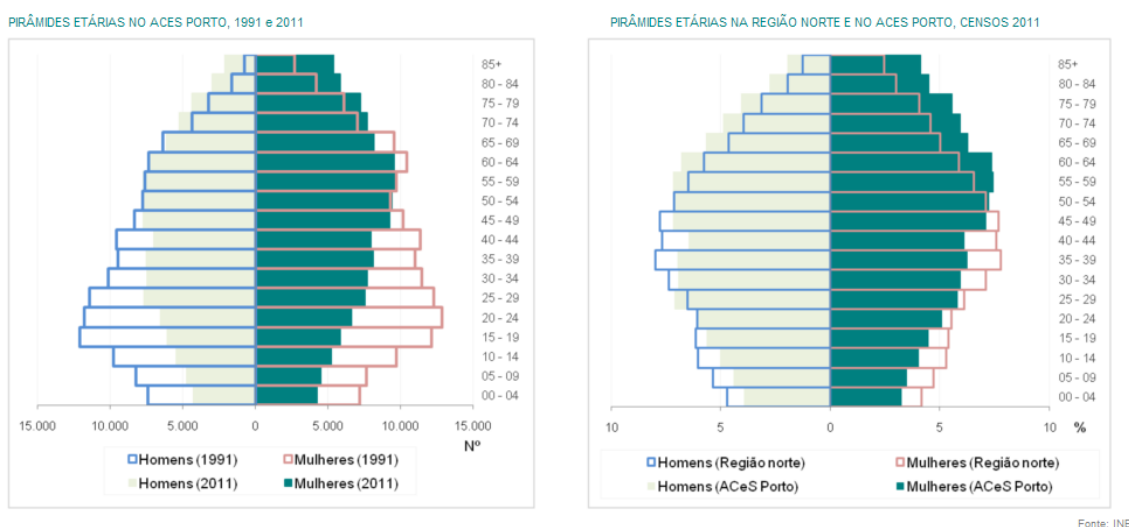


Figura 2 - Pirâmide Etária da população residente no ACES Porto Oriental e Região Norte, 2012

Fonte: Perfis / ARSN/2011

Como se pode observar na Figura 2, o envelhecimento das populações, resulta da transição demográfica caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do seu topo.

Individualmente, o envelhecimento caracteriza-se pela maior longevidade das pessoas, traduzido por um aumento da esperança média de vida. A conjugação de baixos níveis de fecundidade durante um período alargado, e os ganhos na esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas, contribuíram de modo contínuo para este aumento da população idosa. (Organização Mundial da Saúde, 2004)

5. MORBILIDADE

A ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) em articulação com o INE forneceu aos ACES os seus principais indicadores de morbilidade.

Em anexo o Quadro 5, que apresenta a comparação entre o ACES Porto Oriental, Região Norte e o Continente para os anos de 2007 e 2009. Os últimos dados de morbilidade disponíveis referem-se ao 2º trimestre de 2013.

Quanto a morbilidade no grupo etário dos 65-74 anos, são as perturbações cerebrovasculares as mais prevalentes, enquanto no grupo etário com idade igual ou superior a 75 anos para além das cerebrovasculares, são também a pneumonia e a insuficiência cardíaca. (Direcção Geral de Saúde, 2005)

A tensão arterial elevada, a doença reumática, a dor crónica, a diabetes, a osteoporose e a depressão, são as doenças crónicas mais prevalentes nas pessoas idosas. (Administração Central do Sistema de Saúde / INE, 2009)

Quadro 5: Principais indicadores de morbilidade no ACES, Região Norte (RN) e Continente: dados do 2º trimestre de 2013 (Rácio p/10.000)

Ano 2013	ACES		CONTINENTE	
Indicadores de Morbilidade	População Total - 101.222 População < 65 anos – 76.618		População Total – 10.047.621 População < 65 anos – 8.123.003	
	Total	Valor	Total	Valor
Amputações em diabéticos	7	0,69	656	0,65
Amputações Major em Diabéticos	2	0,20	269	0,27
Angina e outros	6	1,19	1897	1,89
AVC	231	22,82	14216	14,15
Doença Isquémica Cardíaca	64	6,32	6944	6,91
Enfarte Agudo do Miocárdio	120	11,86	5765	5,74

6. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

Nesta parte do trabalho são descritas as atividades realizadas com vista à consecução do Diagnóstico da Situação, nomeadamente seleção das variáveis, amostra, seleção de fontes de informação, elaboração do instrumento de colheita de dados, aplicação do pré-teste, previsão do tratamento, análise e apresentação dos dados, previsão dos recursos e considerações éticas.

6.1. Seleção das Variáveis

Para melhor conhecer as características da população foram selecionadas variáveis. Estas variam consoante determinadas circunstâncias com as quais trabalhamos e “são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.” (Fortin, 1999)

A revisão da literatura e a orientação dada pela enfermeira tutora permitiu-nos selecionar as variáveis a estudar, que serão agora descritas no Quadro 6.

Destacam-se 6 grupos de variáveis:

- A primeira com o objetivo de caracterizar a amostra, permite recolher as variáveis: Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde.
- A segunda, contém questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso.
- A terceira, é referente à caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso.
- A quarta retrata a Adesão ao Regime Medicamentoso
- A quinta e a sexta parte avalia a Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

Quadro 6: Variáveis do estudo para o diagnóstico de situação.

Caracterização	Variável	Natureza
Amostral	Idade	Quantitativa
	Gênero	Nominal dicotômica
	Estado Civil	Nominal
	Escolaridade	Nominal
	Agregado Familiar	Nominal
	Montante do Rendimento Familiar	Nominal dicotômica
	O rendimento associado às Necessidades em Saúde	Nominal dicotômica
	Aplicação do Mini-Exame do Estado Mental	Quantitativa (score)
do Regime Medicamentoso	Número de Fármacos	Quantitativa
	Número de Prescritores	Quantitativa
	Conhecimento acerca do Fármaco	Nominal
	Existência de Suporte Escrito	Nominal dicotômica
	Preparação da Medicação	Nominal
	Gestão da Medicação	Nominal
	Índice de Complexidade Medicamentosa	Quantitativa (score)
da Adesão ao Regime Medicamentoso	Escala de Crenças acerca dos Medicamentos	Quantitativa (score)
	Medida de Adesão aos Tratamentos	Quantitativa (score)
da Gestão do Regime Medicamentoso	Dificuldade em abrir ou fechar as Embalagens	Nominal dicotômica
	Dificuldade em ler o que está escrito nas Embalagens	Nominal dicotômica
	Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o Fármaco	Nominal dicotômica
	Dificuldade em tomar o Fármaco	Nominal dicotômica
	Dificuldade em renovar a Medicação a Tempo	Nominal dicotômica
	Dificuldade em deslocar-se até à Farmácia para comprar a Medicação	Nominal dicotômica
	Dificuldade em ter dinheiro para comprar a Medicação	Nominal dicotômica
	Dificuldade em cumprir o horário das tomas	Nominal dicotômica
	Dificuldade em lembrar quando chega a hora	Nominal dicotômica
	Dificuldade em organizar para tomar fora de casa	Nominal dicotômica
da Capacidade Funcional (AIVD's)	Cuidar da casa	Nominal ordinal
	Lavar a roupa	Nominal ordinal
	Preparar comida	Nominal ordinal
	Ir às compras	Nominal ordinal
	Uso do telefone	Nominal ordinal
	Uso de transporte	Nominal ordinal
	Uso do dinheiro	Nominal ordinal
	Responsável pelos medicamentos	Nominal ordinal
da Capacidade Funcional (AVD's)	Higiene Pessoal	Nominal ordinal
	Evacuar	Nominal ordinal
	Urinar	Nominal ordinal
	Ir à casa de banho	Nominal ordinal
	Alimentar-se	Nominal ordinal
	Transferências	Nominal ordinal
	Mobilidade	Nominal ordinal
	Vestir-se	Nominal ordinal
	Escadas	Nominal ordinal
	Banho	Nominal ordinal

6.2. Caracterização da Amostra

No processo de planeamento torna-se fundamental a caracterização da população na qual se irá intervir, tendo por base as necessidades previamente detetadas.

População pode ser entendida como “o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. (Fortin, 1999)

Por sua vez, amostra “é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...). Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”. (Fortin, 1999)

A população deste Diagnóstico de Situação é constituída pelos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, abrangidos pela UCC de Campanhã.

A escolha específica desta faixa etária prende-se com a constatação do crescente envelhecimento da população, associado ao aumento progressivo das doenças crónicas, fatos estes, que conduzem a um aumento do consumo de medicamentos. Relacionando estes fatores, com a vulnerabilidade e a fragilidade características da população mais idosa, podemos dizer que a Gestão do Regime Medicamentoso se torna uma tarefa complexa.

Esta decisão foi tomada de acordo com as orientações da Enfermeira Coordenadora da UCC de Campanhã – Enfermeira Vitória Leal.

A população foi identificada através da informação disponibilizada pelos Enfermeiros da UCC de Campanhã, pesquisa na internet e contato pessoal “porta a porta” através de um Formulário.

Um outro dado importante consiste no fato da amostragem ter sido selecionada por conveniência, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

No que diz respeito à aplicação do Formulário, poderão ter existido também algumas limitações relacionadas com a possibilidade de incongruências entre o que os participantes responderam e o que realmente fazem.

Os doentes por vezes mentem sobre a toma de medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação. (Lima & Delgado, 2001)

Contactaram-se 110 pessoas, mas, apenas foram preenchidos 100 formulários, já que o Mini-Exame do estado mental constituiu um critério de exclusão sempre que se verificou que não havia condições para o idoso responder corretamente ao formulário.

Dos 7.524 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de Campanhã, foi recolhida uma amostra de 100 indivíduos.

6.3. Seleção de Fontes de Informação

A elaboração de um Diagnóstico de Situação deve alicerçar-se numa informação segura, adequada e recente, de modo a que os resultados obtidos sejam fidedignos, válidos e úteis. Assim, para a elaboração do mesmo, foram várias as fontes às quais recorremos, nomeadamente: Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa do Porto, Câmara Municipal do Porto, INE, Junta de Freguesia de Campanhã, UCC de Campanhã e fontes da internet.

6.4 Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados

Em todo o trabalho de pesquisa experimental, a utilização de métodos criteriosos na recolha de dados assume um carácter fundamental. Estes, estabelecem e condicionam a viabilidade do subsequente processamento estatístico e decorrentes visões descritivas e inferências.

O processo foi assim iniciado por uma consulta da bibliografia de referência. Não foi encontrado nenhum instrumento de colheita de dados que fosse de encontro às

necessidades do nosso estudo. Como tal, e após reunião com o orientador, Professor Armando Almeida, em consonância com a Enfermeira Vitória Leal, foi-nos proposta a construção de um instrumento. O processo de elaboração deste mesmo instrumento é um fator preponderante no desenrolar do estudo.

Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação. (Fortin, 1999)

Atendendo aos objetivos e às características do estudo, à população alvo e aos recursos disponíveis, o instrumento a utilizar será o desenvolvimento de um formulário, de forma a avaliar a Gestão do Regime Medicamentoso. Este deve ser de fácil aplicação, e é também o mais acessível aos investigadores, conseguindo-se obter as informações de uma forma imediata (sendo por isso um dos métodos mais utilizados isoladamente ou em conjunto com outras formas de avaliação).

Um formulário é um instrumento totalmente estruturado, solicita-se aos sujeitos que respondam exactamente às mesmas perguntas (...), sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções para suas respostas. (Polit & Hungler, 1995).

O formulário construído está subdividido em 6 partes. A primeira corresponde aos dados de identificação, que tem como objetivo caracterizar a amostra, através da Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde.

Na segunda parte, apresentam-se questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso. A terceira parte é referente à caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso. A quarta parte diz respeito à Adesão ao Regime Medicamentoso. A quinta e última parte avalia a Capacidade Funcional (AVD's e AIVD's). Em anexo, (Anexo II) pode observar-se o formulário aplicado à população da amostra em estudo.

6.4.1 Instrumentos de mensuração utilizados

Para a construção do Instrumento de Colheita de Dados foi considerada a utilização de várias escalas e alguns índices sendo eles:

- Mini-Exame do estado Mental; (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, & Garcia, 1994)
- Índice de Complexidade Medicamentosa; (Melchior & Fernandez-Llimós, 2007)
- Escala de Crenças acerca dos Medicamentos; (Pereira & Silva, 1999)
- Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT; (Lima & Delgado, 2001)
- Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's); (Sequeira, 2010)
- Índice de Barthel – Atividades de Vida Diária (AVD's). (Sequeira, 2010)

Índice de Lawton-Brody: (Apóstolo, 2009)

O Índice de Lawton-Brody permite medir a incapacidade e serve para planejar e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD's) que compreendem oito tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades.

Apresenta-se uma versão diferente com a seguinte pontuação: cada item tem três, quatro ou cinco níveis de diferentes níveis de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de um a três, de um a quatro ou de um a cinco em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- 8 pontos – Independente;
- 9 a 20 pontos – Parcialmente dependente, necessita de alguma ajuda;
- 20 pontos – Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Índice de Barthel: (Apóstolo, 2009)

O Índice de Barthel (IB) avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida diária (AVD's): Higiene pessoal, Evacuar, Urinar, Ir à casa de banho (uso do sanitário), Alimentar-se, Transferências (cadeira/cama), Mobilidade (deambulação), Vestir-se, Escadas e Banho. Pode ser preenchido através de observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto-ministrado. Pretende avaliar se o utente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Cada atividade apresenta 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 (zero) corresponde à Dependência Total e a Independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência.

Numa Escala de 10 itens o seu total pode variar entre 0 e 100, sendo que:

- < 20 – Totalmente Dependente
- 20 – 35 – Severamente Dependente
- 40 – 55 – Moderadamente Dependente
- 60 – 85 – Ligeiramente Dependente
- 90 -100 – Independente

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante, não só a partir da pontuação total, como também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades. (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007)

O estudo desenvolvido por Araújo (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) revela que o IB é um instrumento com um nível de fidelidade elevado. Embora a estrutura concetual da escala seja unidimensional, o estudo deste instrumento forçado a duas dimensões veio diferenciar o autocuidado e a mobilidade por um lado, e a eliminação por outro. No que respeita à validade de critério, o instrumento apresentou uma correlação forte e positiva com a escala de Lawton e Brody.

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT): (Apóstolo, 2009)

Delgado e Lima (Lima & Delgado, 2001) construíram uma escala de medida de adesão aos tratamentos, que intitularam de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) constituída por 7 itens. Os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos, que vão desde:

- Sempre
- 2 - Quase sempre
- 3 - Com frequência
- 4 - Por vezes
- 5 - Raramente
- 6 - Nunca

A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. Valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Os dados recolhidos pelos autores demonstram uma muito boa consistência interna da medida de sete itens de adesão ao tratamento,

Desta forma, os autores consideram que a medida de sete itens utilizada, com resposta na forma de escala de Likert, oferece uma consistência interna adequada para aceder ao nível de adesão aos tratamentos.

Esta escala apresenta também valores elevados de especificidade e sensibilidade relativamente à medida de adesão, sendo maior o valor de especificidade na escala de Likert, o que significa que a resposta na forma de escala de Likert é mais apta a captar os comportamentos de não adesão aos tratamentos.

Escala de Crenças acerca dos Medicamentos:

A Escala das Crenças acerca dos Fármacos foi desenvolvida com o objetivo de avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos. Avalia as crenças acerca da utilização de fármacos em geral, ou em indivíduos com alguma doença específica, no sentido de avaliar as suas crenças relativas aos fármacos de uso pessoal prescritos para o seu problema de saúde específico. (Pereira & Silva, 1999)

São avaliados 10 itens, numa escala de 1 a 5 em que:

- Concordo Totalmente
- 2 – Concordo
- 3 – Não tenho a certeza
- 4 – Discordo
- 5 – Discordo Totalmente

Quanto menor for a pontuação final, maior é a crença acerca dos medicamentos.

Índice de Complexidade Medicamentosa:

O Índice de Complexidade Medicamentosa tem por base:

- 1 - Número de fármacos a tomar
- 2 – Número de prescritores
- 3 – Conhecimento acerca do fármaco
- 4 – Suporte escrito
- 5 – Preparação da medicação
- 6 – Gestão da medicação
- 7 - Frequência de dose
- 8 – Via/ dosagem
- 9 - Horário
- 10 - Instruções adicionais

Dos instrumentos existentes para medir a complexidade da farmacoterapia o que a avalia de forma mais abrangente é o Medication Regimen Complexity Index (MRCI), ainda denominado de Índice da Complexidade da Farmacoterapia. (Melchiors & Fernandez-Llimós, 2007)

Este instrumento divide-se em três partes, sendo que, a primeira corresponde às informações sobre formas de dosagens, a segunda corresponde às informações de frequências de doses e a terceira corresponde às informações adicionais. O total do índice é obtido somando os pontos das três partes. (Melchiors & Fernandez-Llimós, 2007)

Quanto maior for o número de fármacos, o número de prescritores e a pontuação obtida a nível do conhecimento do fármaco, do suporte escrito, da preparação da medicação e da gestão da medicação, maior é o Índice de Complexidade Medicamentosa.

Mini-Exame do Estado Mental: (Apóstolo, 2009)

O mini-exame do estado mental (MEEM) é traduzido num teste formal e sistemático do paciente. Este, permite ao técnico de saúde identificar áreas funcionais afetadas e que são suscetíveis de intervenção. A sua aplicação não apresenta uma complexidade específica, mas mantém consistência perante alguma diversidade de examinadores.

A versão portuguesa é constituída por uma série de 6 blocos com 30 perguntas e tarefas, que avaliam aspetos cognitivos das funções mentais como sejam: capacidade de orientação do sujeito, quer no tempo como no espaço, repetição de três palavras, atenção e cálculo, recordação, com evocação das três palavras anteriormente evocadas, linguagem e habilidade construtiva. (Maia, Matos, Correia, Machado, & Silva, 2004)

Verifica-se assim, que as áreas para as quais a utilização do MEEM se revela particularmente útil incluem as funções executivas, sendo elas: a capacidade de orientação, memória, linguagem e capacidade construtiva.

Cada item apresenta uma questão ou uma tarefa que é cotada como correta ou incorreta, 1 e 0, respetivamente. O sujeito avaliado pode obter um mínimo de zero pontos de cotação ou um máximo de trinta pontos.

Uma das vantagens do MEEM é conseguir avaliar objetivamente uma queixa, muitas vezes subjetiva, de declínio cognitivo.

Vários estudos realizados com amostras amplas (em que se utilizou o MEEM) sugerem que o desempenho do sujeito pode ser influenciado por vários fatores, como por exemplo a idade e o nível de educação formal. Desta forma, como o desempenho no MEEM depende muito da escolaridade do sujeito, e para minimizar este efeito, recomenda-se a utilização de pontos de corte distintos conforme o nível educacional apresentado pelo sujeito. (Maia, Matos, Correia, Machado, & Silva, 2004)

Para a versão portuguesa do MEEM devem então considerar-se como apresentando défice cognitivo, os sujeitos:

- Analfabetos com pontuações igual ou inferior a 15.
- Se o sujeito possuir entre 1 a 11 anos de escolaridade são as pontuações iguais ou inferiores a 22, que determinam o declínio cognitivo
- Se o sujeito possuir mais de 11 anos de escolaridade será a pontuação igual ou inferior a 27.

6.5. Aplicação do Pré-Teste

Esta etapa denominada de Pré-teste, tem como finalidade, evidenciar possíveis falhas na redação do Formulário. É realizado através da aplicação do mesmo a alguns sujeitos com características idênticas à população do estudo. Depois de responderem ao formulário, os inquiridos são entrevistados a fim de obter informações sobre as dificuldades encontradas. (Fortin, 1999)

O Pré-Teste foi aplicado a seis idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos, pertencentes à Freguesia de Campanhã.

Após a análise dos resultados do Pré-Teste, verificamos que todas as questões se encontravam formuladas de um modo simples e explícito, como tal, procedeu-se à aplicação dos restantes formulários na amostra da nossa população.

6.6. Previsão do Tratamento, Análise e Apresentação dos Dados

Na investigação quantitativa, o investigador tem como principal objetivo colher dados que sejam observáveis e quantificáveis, assim “O investigador adopta um processo ordenado, que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados.” (Fortin, 1999)

Os dados recolhidos no decurso da realização do Diagnóstico de Situação, não traduzem por si só as necessidades da população, estes necessitam de ser trabalhados. A análise dos dados colhidos produzirá resultados que serão interpretados pelo investigador.

Neste estudo, o método de análise de dados será estatístico, no qual se efetuará uma análise descritiva e inferencial dos mesmos.

Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. A análise e discussão dos resultados terá a mesma sequência que a do formulário.

6.7. Previsão dos Recursos

A identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial (...), já que da sua determinação dependerá todo o processo de Planeamento. (Tavares, 1990)

Seguidamente será então apresentada a previsão de recursos efetuada:

- **Recursos Humanos:** equipa de trabalho constituída por três alunos, Professor Orientador da UCP e a enfermeira coordenadora da UCC de Campanhã.
- **Recursos Materiais:** computador, impressora, tinteiros, material de escritório (caneta, lápis, borracha, papel, agrafos, batas...), telemóvel, telefone e automóvel;
- **Recursos Financeiros:** combustível utilizado nas deslocações;
- **Recursos Temporais:** duração do estágio (180 horas presenciais).

6.8. Considerações Éticas

A realização de uma investigação exige respeito por princípios éticos, impondo obrigações relativas à proteção dos indivíduos que aceitam participar num estudo de investigação. A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. O respeito pela autonomia da pessoa é fundamental. Deste modo, num estudo só podemos incluir as pessoas que aceitam participar.

Foi efetuado o pedido para a população idosa responder ao formulário no momento da sua aplicação e explicado em que consistia e qual o objetivo do mesmo. O consentimento foi obtido através do seu preenchimento.

Respeitamos a confidencialidade e o anonimato da informação fornecida e no sentido de a garantir, durante o estudo não foram identificados os inquiridos.

6.9. Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi efetuada no período compreendido entre 12 e 27 de Junho. A aplicação dos formulários foi realizada por contato direto com a população em estudo, nomeadamente através de entrevista “porta a porta”, entrevistas estas realizadas pelos três elementos deste grupo de estágio. Desde logo, foi também pedida a colaboração dos primeiros inquiridos no sentido de divulgar esta nossa ação junto da população mais

próxima e que se enquadrasse na faixa etária pretendida pelo nosso estudo. Inicialmente confrontamo-nos com algumas dificuldades na obtenção do preenchimento dos formulários, dado o desconhecimento desta iniciativa. No entanto, pensamos contudo, que a estratégia adotada surtiu o efeito pretendido, já que numa fase um pouco mais avançada da recolha de dados, a população chegou mesmo a referir aguardar a nossa chegada para responder a “umas perguntas que uns enfermeiros andavam a fazer junto da população idosa, sobre a medicação que tomavam”.

6.10. Tratamento Estatístico

O estudo estatístico foi efetuado utilizando o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2010. No tratamento estatístico dos dados efetuou-se uma análise descritiva e inferencial dos mesmos.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos dados será efetuada com base em tabelas e gráficos que descrevem de forma mais objetiva a realidade em análise. Numa primeira parte proceder-se-á à caracterização da amostra, em termos de Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar, Rendimento associado às necessidades em saúde.

Na segunda parte será abordada a caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso. Na terceira parte, a caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso. A quarta parte diz respeito à Adesão ao Regime Medicamentoso, e por fim, a quinta e última parte remete para a avaliação da Capacidade Funcional (AVD's e AIVD's).

7.1. Caracterização da Amostra

7.1.1. Análise descritiva das variáveis

Idade e Género:

A idade mínima encontrada na amostra foi de 65 anos, ao passo que 95 anos foi a idade máxima encontrada. A média de idades situa-se nos $74,9 \pm 6,6$ e a moda da amostra foi de 68 anos.

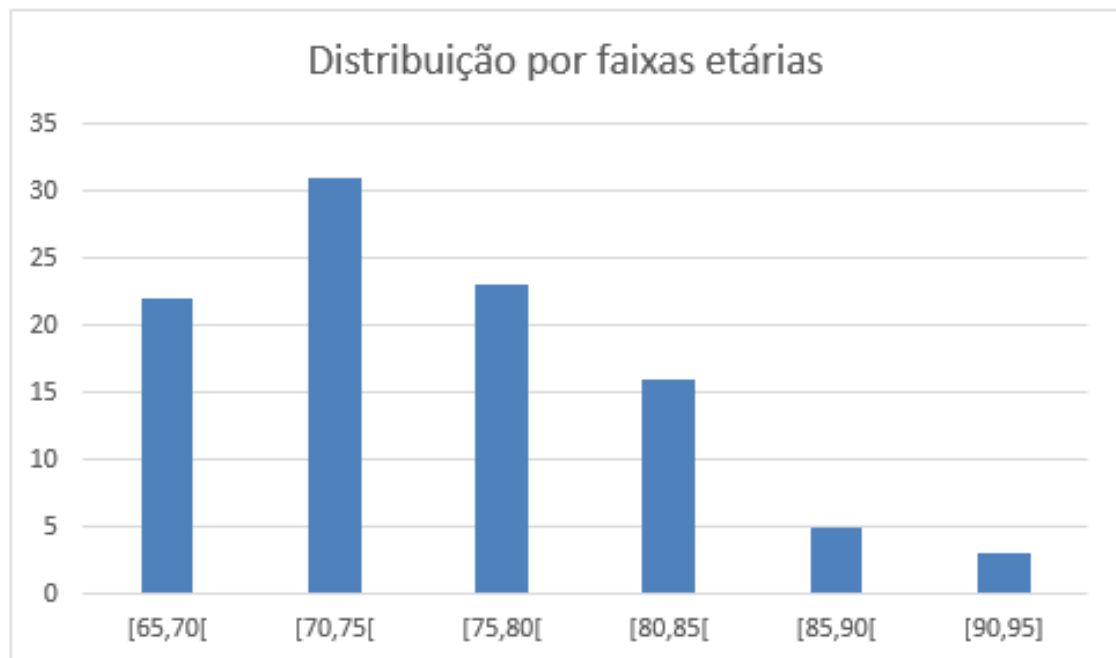
No que respeita ao género da amostra, esta é constituída por 36% de indivíduos do sexo masculino e 64% do sexo feminino. O gráfico 1 permite observar a forte predominância do género feminino.

O gráfico 2 destaca um conjunto de faixas etárias sénior que permite averiguar que o essencial (a maioria) das observações apontam para uma distribuição de idades mais significativa no intervalo dos 65 aos 85 anos (praticamente 92% dos indivíduos inquiridos).

Gráfico 1 - Distribuição amostral por género



Gráfico 2 - Distribuição amostral por género



Quadro 7: Distribuição amostral por género e faixas etárias séniores

Faixa Etária		Genero		
		Masculino	Feminino	Total
[65,70[	Contagem	6	16	22
	% da faixa etária	27,27%	72,73%	
	% do género	16,67%	25,00%	
	% do total	6,00%	16,00%	22,00%
[70,75[	Contagem	11	20	31
	% da faixa etária	35,48%	64,52%	
	% do género	30,56%	31,25%	
	% do total	11,00%	20,00%	31,00%
[75,80[	Contagem	11	12	23
	% da faixa etária	47,83%	52,17%	
	% do género	30,56%	18,75%	
	% do total	11,00%	12,00%	23,00%
[80,85[	Contagem	5	11	16
	% da faixa etária	31,25%	68,75%	
	% do género	13,89%	17,19%	
	% do total	5,00%	11,00%	16,00%
[85,90[	Contagem	2	3	5
	% da faixa etária	40,00%	60,00%	
	% do género	5,56%	4,69%	
	% do total	2,00%	3,00%	5,00%
[90,95]	Contagem	1	2	3
	% da faixa etária	33,33%	66,67%	
	% do género	2,78%	3,13%	
	% do total	1,00%	2,00%	3,00%
Total	Contagem	36	64	100
	% do total	36,00%	64,00%	

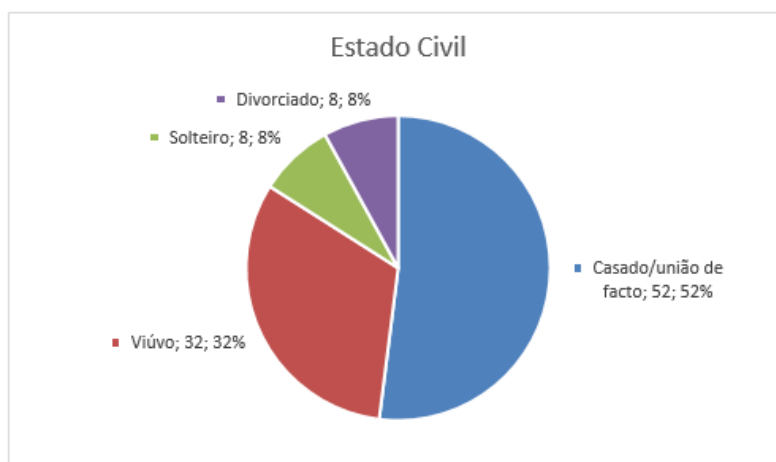
Os resultados referentes ao Estado Civil indicam que 52% dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto, 32% são viúvos, ainda com 8% foram encontrados idosos solteiros e igualmente com 8% idosos divorciados (quadro 8). Não se observa uma diferença significativa na distribuição por género dos indivíduos casados/em união de facto ou divorciados. Nas restantes categorias de estado civil, observa-se uma forte predominância feminina. O gráfico 3 demonstra que praticamente mais de 90% dos

indivíduos tem um historial de vida não solitária (solteiro apenas representam 8% da amostra retida e são essencialmente mulheres).

Quadro 8: Distribuição amostral por estado civil e género

Estado Civil	Género					Percentagem do total
	Número			Percentagem		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	
Casado/união de facto	24	28	52	46,2%	53,8%	52,0%
Viúvo	7	25	32	21,9%	78,1%	32,0%
Solteiro	1	7	8	12,5%	87,5%	8,0%
Divorciado	4	4	8	50,0%	50,0%	8,0%
Total	36	64	100	36,0%	64,0%	

Gráfico 3 - Distribuição amostral por estado civil



No quadro 9, ao avaliar com Quem vive, a amostra revela que 53% vive com o cônjuge, ao passo que 37% sozinhos e apenas 10% com familiares diretos.

Quadro 9: Vive com

<u>Agregado</u>	Número	Percentual
Cônjuge	53	53,0%
Familiares diretos	10	10,0%
Sozinho	37	37,0%
Total	100	100,0%

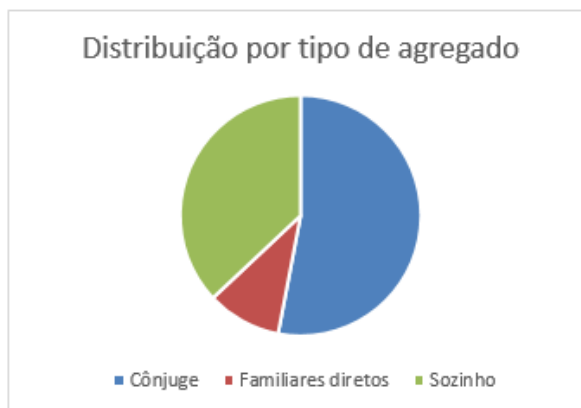
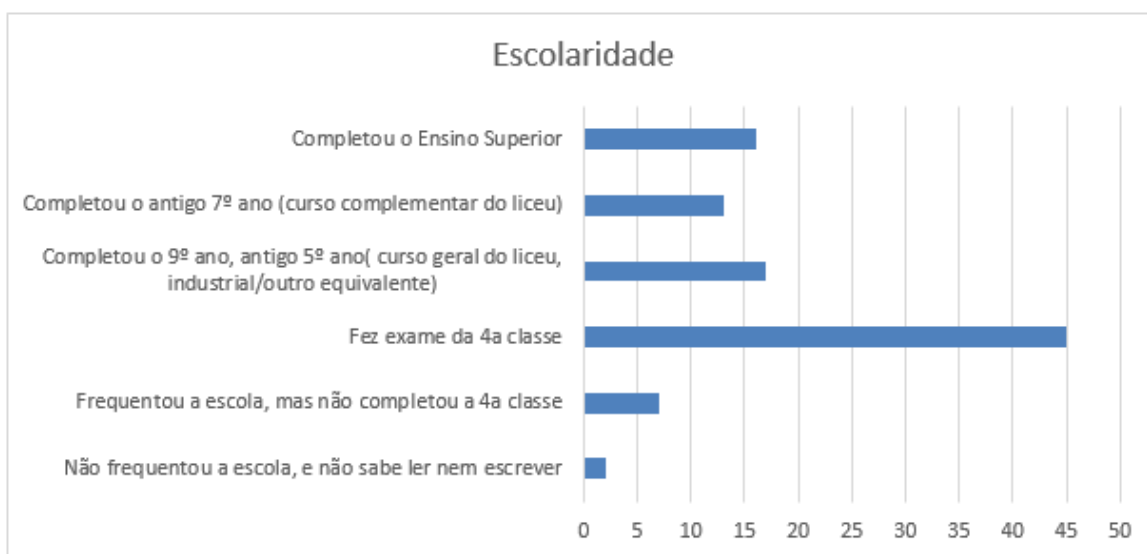


Gráfico 4- Distribuição por tipo de agregado

No que se refere à Escolaridade, verifica-se que apenas 45% da amostra completou a 4ª classe, em segundo lugar com 17 % encontraram-se idosos que completaram o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu, industrial/outro equivalente). Os idosos que completaram o ensino superior equivalem a 16% da amostra. A parte da amostra relativa aos idosos que frequentaram a escola e que não concluíram a 4ª classe é de 7%, e por fim os restantes 2% correspondem aos idosos que não frequentaram a escola e que não sabem ler nem escrever.

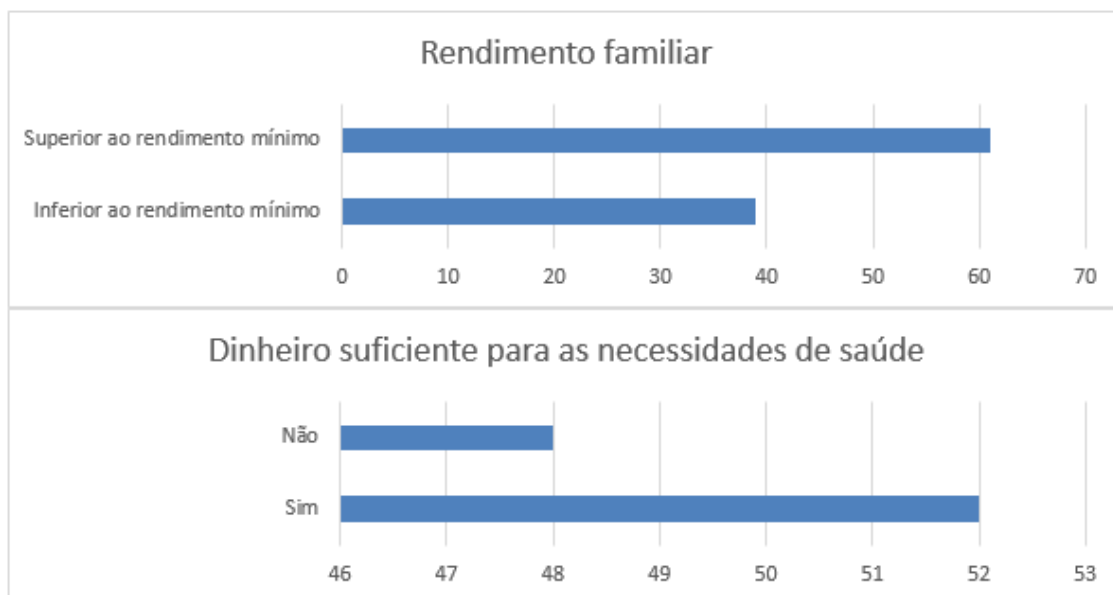
Gráfico 5 - Escolaridade dos indivíduos inquiridos



Quando inquiridos relativamente ao Rendimento Familiar, 61% da amostra afirma ser superior ao rendimento mínimo e 39% diz ser inferior. Acerca de, se o dinheiro que dispõe mensalmente é ou não suficiente para fazer face às suas necessidades de saúde, 52% da amostra afirma que é suficiente, por outro lado 48% da amostra revela que o rendimento é insuficiente.

Quadro 10: Nível de rendimento/ Capacidade financeira para suprir custos com saúde

Gráfico 6 - Capacidade financeira de suprir os custos de saúde



Nº de Fármacos:

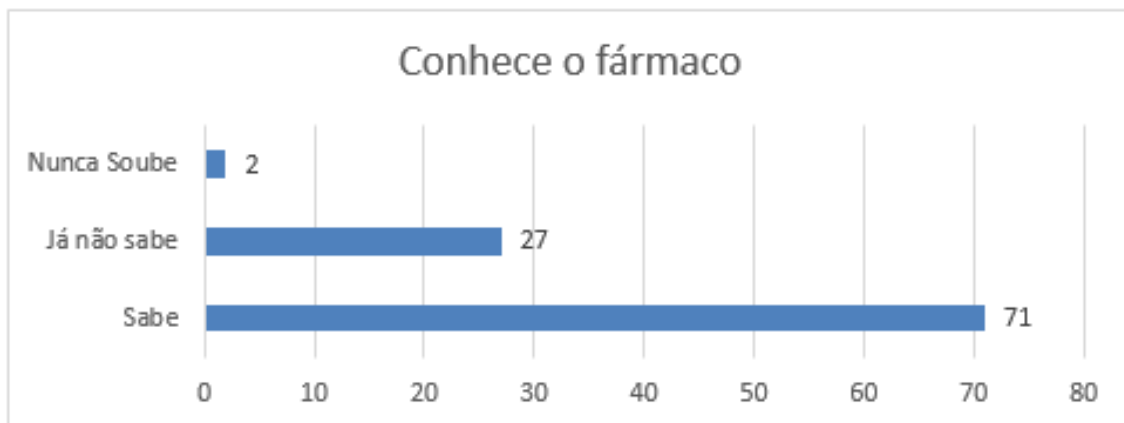
Quanto ao número de fármacos o valor mínimo encontrado foi de apenas 1 e o número máximo foi de 14 fármacos. A média de fármacos encontrada foi de $5,7 \pm 2,8$.

Nº de prescritores:

O número mínimo de prescritores encontrado foi de apenas 1 sendo o máximo de 6, situando-se a média no valor de $1,4 \pm 0,8$.

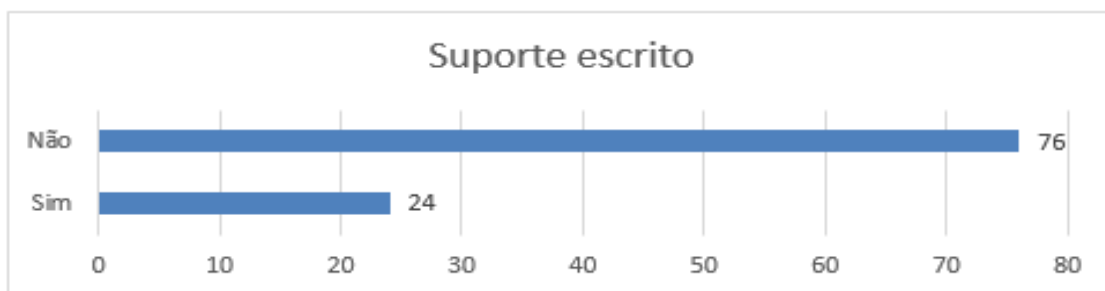
Quanto à variável Conhece o Fármaco, 71% da amostra afirma saber, 27% diz já não saber e apenas com 2% foram encontrados idosos que nunca souberam.

Gráfico 7- Conhece o fármaco



Relativamente ao Suporte Escrito da medicação apenas 24% afirma ter o esquema terapêutico sob a forma escrita, ao passo que 76% da amostra revela não possuir qualquer suporte escrito sobre a sua medicação.

Gráfico 8- Existência de Suporte escrito



Para as variáveis Quem Prepara e Quem Gere a medicação, foram encontradas as mesmas percentagens, correspondendo assim na grande maioria dos casos a 87% em que a medicação é preparada e gerida pelo próprio, ao passo que em 12% é preparada e gerida por um familiar e nos restantes 1% a medicação é preparada e gerida por outro.

Gráfico 9- Quem prepara a medicação

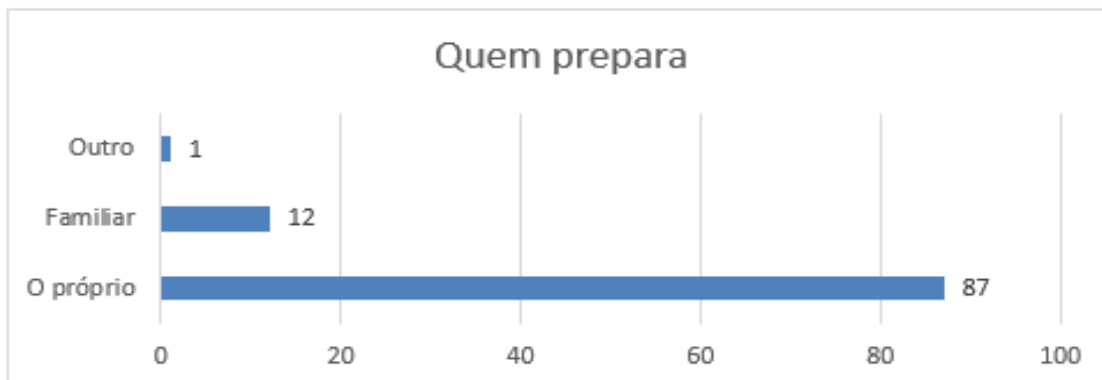
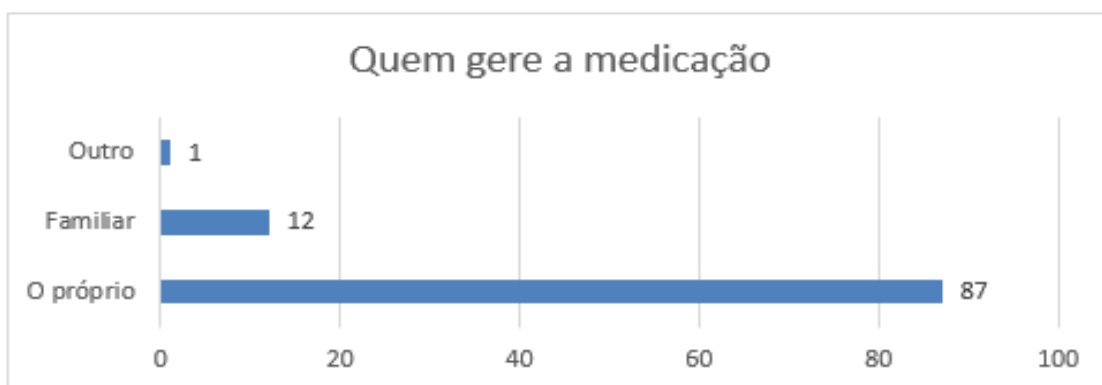


Gráfico 10- Quem gere a medicação



Índice de Complexidade de Fármacos:

Na variável Índice de Complexidade de Fármacos os valores observados como mínimos foram de 4 pontos e 126 pontos como máximo. O valor que mais vezes se repetiu foi de 20 pontos, situando-se a média nos $30,4 \pm 19,5$.

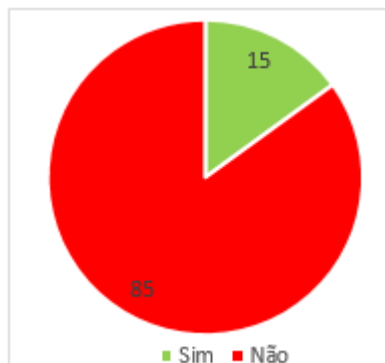
No que respeita à Dificuldade em abrir/fechar as embalagens, os valores encontrados revelam que apenas 10% da amostra sente dificuldades, enquanto os restantes 90% afirmam não possuir qualquer dificuldade.

Gráfico 11 - Dificuldade em abrir/fechar embalagem



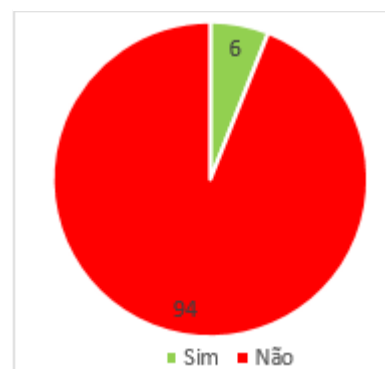
No que toca à Dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens, 15% dos inquiridos revelam ter dificuldade e os restantes 85% dizem não ter qualquer dificuldade.

Gráfico 12 - Dificuldade em ler as embalagens



Ao avaliar a Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco, 94% da amostra diz não sentir qualquer dificuldade, enquanto que, 6% admite ter dificuldades.

Gráfico 13 - Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco



Quando avaliada a Dificuldade em tomar o fármaco 97% da amostra afirma não sentir qualquer dificuldade, enquanto 3% refere sentir dificuldades na toma dos fármacos.

Gráfico 14 - Dificuldade em tomar o fármaco

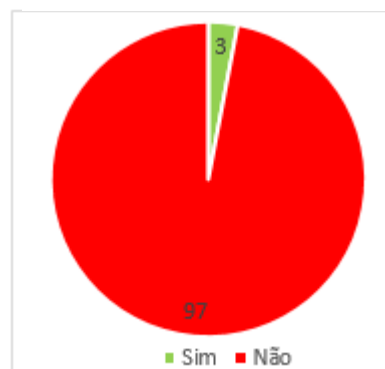


Gráfico 15 - Dificuldade em renovar a medicação a tempo

Avaliando a Dificuldade em renovar a medicação, encontramos dificuldade em 4% dos casos, sendo que, em 96% dos casos da amostra esta dificuldade não está presente.

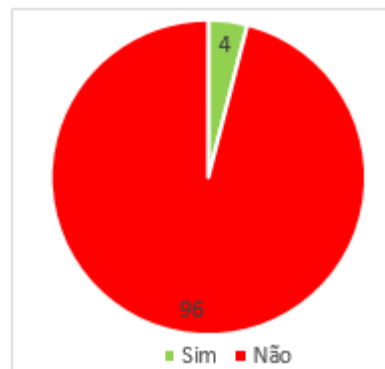


Gráfico 16 - Dificuldade em ir à farmácia

Quando inquirida, a amostra 86% desta revelou não sentir dificuldades em deslocar-se à farmácia, no entanto 14% afirma sentir dificuldades para se deslocar até uma farmácia.

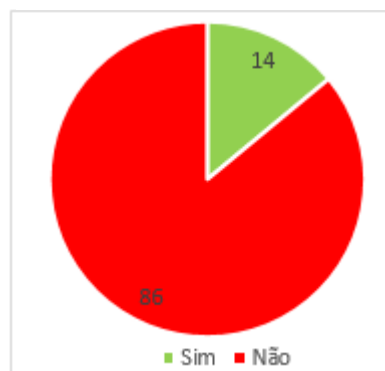
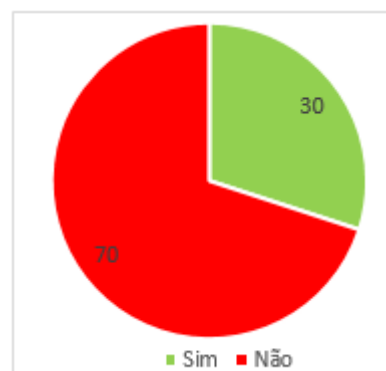


Gráfico 17 - Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação

No que toca à variável Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação 70% da amostra afirma não possuir dificuldades enquanto 30% da mesma afirma o contrário.



A amostra revela ainda que, 11% dos casos têm dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma, os restantes 89% afirmam não sentir essa dificuldade.

Gráfico 18 - Dificuldade em se lembrar quando chega a hora de tomar



No que toca a organizar a terapêutica para tomar fora de casa, 93% dos inquiridos afirmam não ter qualquer dificuldade, enquanto que, os restantes 7% admitem ter alguma dificuldade.

Gráfico 19 - Dificuldade em organizar tomas fora de casa



Crenças Acerca dos Medicamentos:

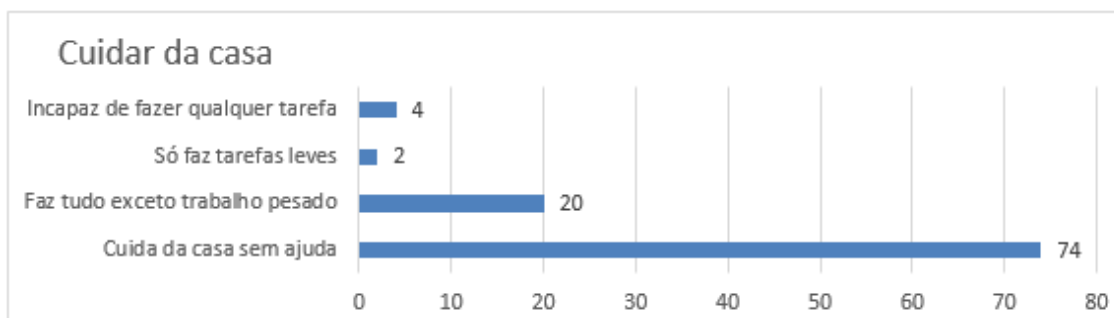
Ao avaliar As Crenças Acerca dos Medicamentos, o valor mínimo obtido foi de 16 pontos, enquanto o valor de 41 pontos foi obtido como pontuação máxima. A média situa-se nos $27,9 \pm 5,6$ e o valor que mais vezes se repetiu foi de 30 pontos.

Medida de Adesão aos Tratamentos:

Na Medida de Adesão aos Tratamentos, o valor mais elevado encontrado na amostra foi de 48 pontos, enquanto por outro lado 31 pontos foi o valor mínimo encontrado. A média para esta variável foi de $39,1 \pm 2,9$. O valor que mais se repetiu foi de 40 pontos.

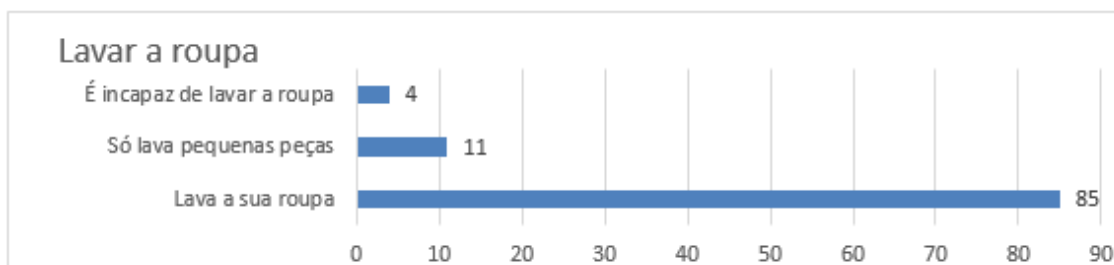
Ao avaliar a Capacidade funcional da amostra, para a variável cuidar da casa, verifica-se que 74% cuida da casa sem ajuda, 20% da amostra faz tudo exceto trabalho pesado e apenas 2% só realizam tarefas leves. Os restantes 4% da amostra revelam incapacidade de fazer qualquer tarefa.

Gráfico 20 - Capacidade funcional para cuidar da casa



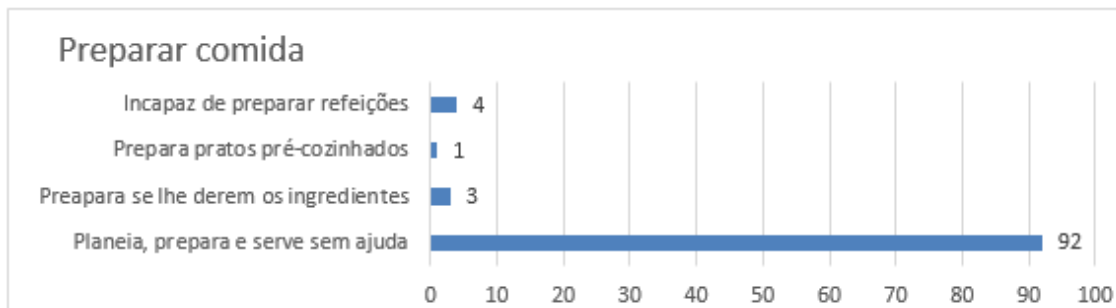
No que toca à variável Lavar a roupa, 85% refere ser responsável por esta tarefa, enquanto 11% admite lavar apenas pequenas peças, ao passo que, 4% da amostra refere ser incapaz de lavar a roupa.

Gráfico 21 - Capacidade funcional para lavar a roupa



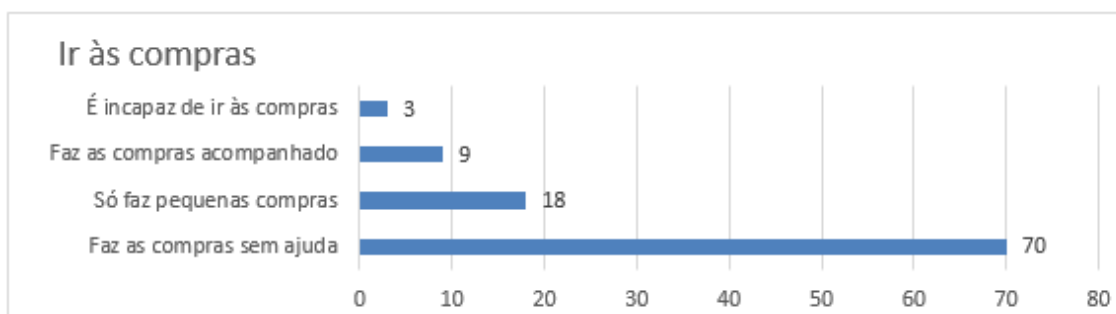
Quando avaliada a Preparação de comida, 92% da amostra prepara e serve sem ajuda, 3% prepara se lhe derem os ingredientes, e 1% apenas prepara pratos pré-cozinhados. Por fim, os restantes 4% referem incapacidade para preparar refeições.

Gráfico 22 - Capacidade funcional para preparar a comida



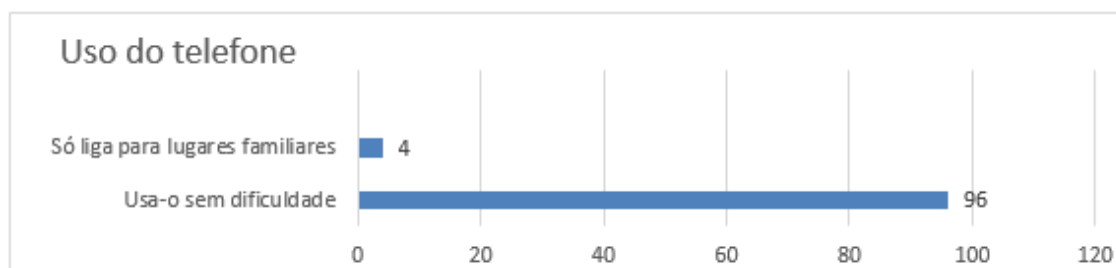
Ao avaliar a ida às Compras, 70% afirma fazer compras sem ajuda, enquanto 18% só faz pequenas compras, ao passo que, 9% faz compras acompanhado e apenas 3% da amostra se revela incapaz de ir às compras.

Gráfico 23 - Capacidade funcional para ir às compras



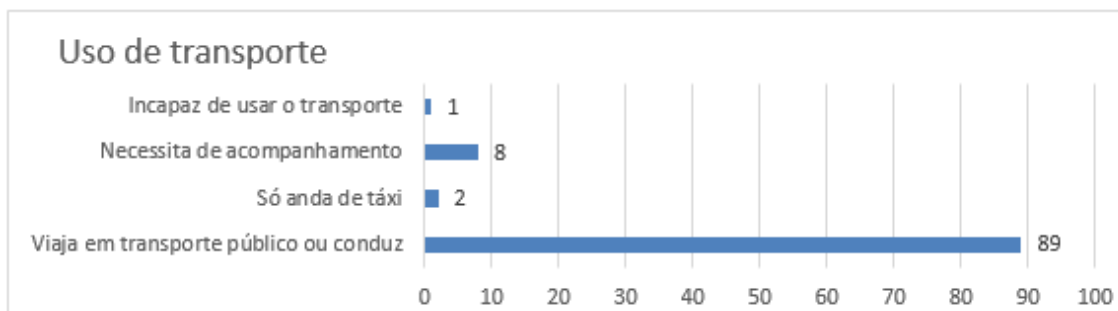
No Uso do telefone a mostra revela que 96% usa o telefone sem dificuldade e apenas 4% só liga para lugares familiares.

Gráfico 24 - Capacidade Funcional para o uso do telefone



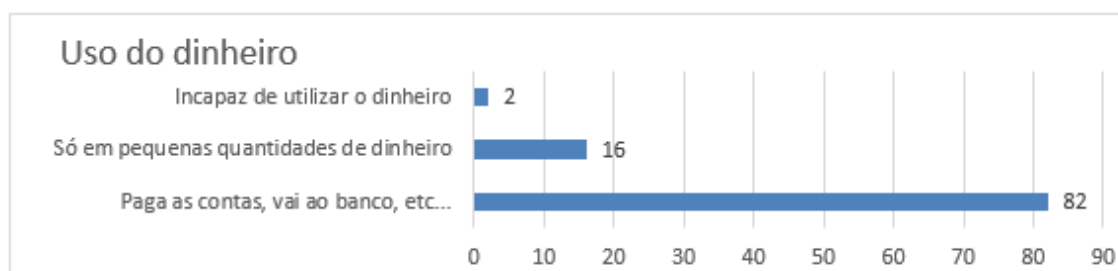
O Uso do Transporte revela que 89% da amostra utiliza transportes públicos ou conduz, 2% afirma só andar de táxi, 8% afirma necessitar de acompanhamento e apenas 1% revela ser incapaz de usar transporte.

Gráfico 25 - Capacidade Funcional para o uso do Transporte



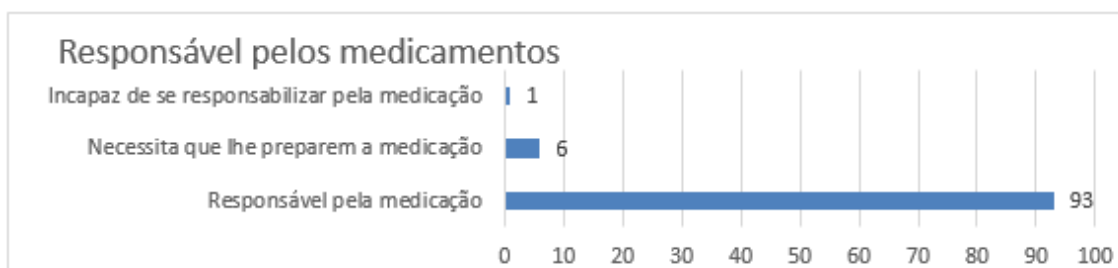
No que se refere ao uso do dinheiro, 82% da amostra (paga as contas, vai ao banco, etc...), 16% só utiliza pequenas quantidades de dinheiro e apenas 2% se revela incapaz de utilizar o dinheiro.

Gráfico 26 - Capacidade Funcional para o uso do dinheiro



Ao avaliar a responsabilidade pela medicação obteve-se 93% da amostra responsável pela medicação, 6% necessita que lhe preparem a medicação e apenas 1% da amostra admite ser incapaz de se responsabilizar pela medicação.

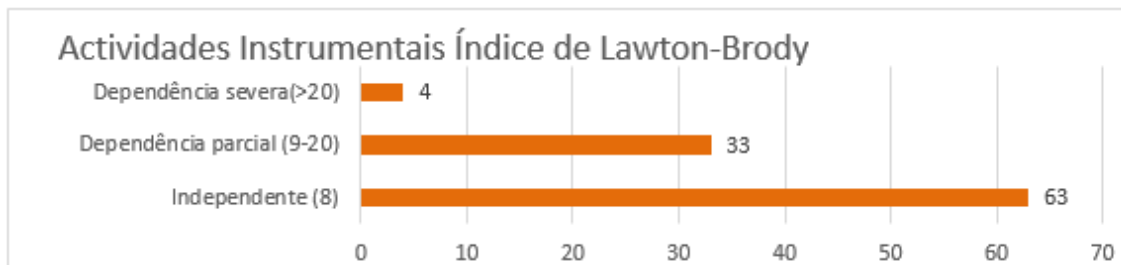
Gráfico 27 - Capacidade Funcional na Responsabilidade pela medicação



Assim, após esta avaliação funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY-Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) (Adaptado por Sequeira, 2007), obteve-

se 63% da amostra independente, 33% com dependência parcial e com dependência severa 4% da amostra.

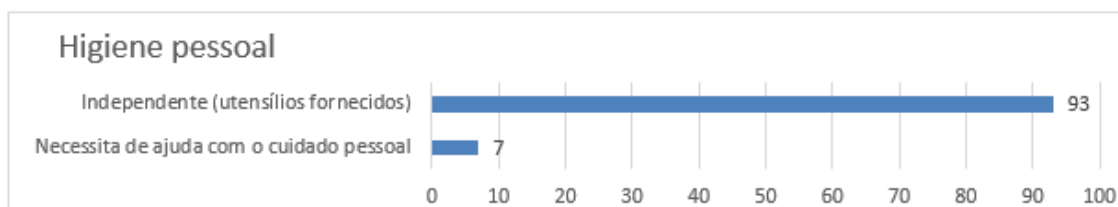
Gráfico 28 - Avaliação Funcional da amostra através do Índice de LAWTON-BRODY



Atividades de Vida Diária:

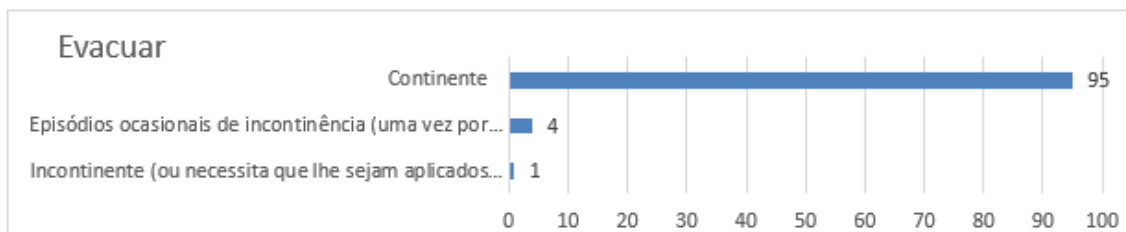
Relativamente às Atividades de Vida Diária, uma das variáveis foi a Higiene Pessoal e para esta variável obteve-se 93% da amostra independente (com utensílios fornecidos), e 7% necessita de ajuda com o cuidado pessoal.

Gráfico 29 - Higiene Pessoal



No que respeita ao Evacuar, 95% da amostra revela-se continente, 4% da amostra admite ter episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) e apenas 1% da amostra refere incontinência ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres. Por outro lado, ao avaliar a variável Urinar, a amostra apresenta-se com 98% dos indivíduos continentos, ao mesmo tempo que 25% da amostra admite episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas).

Gráfico 30 - Evacuar



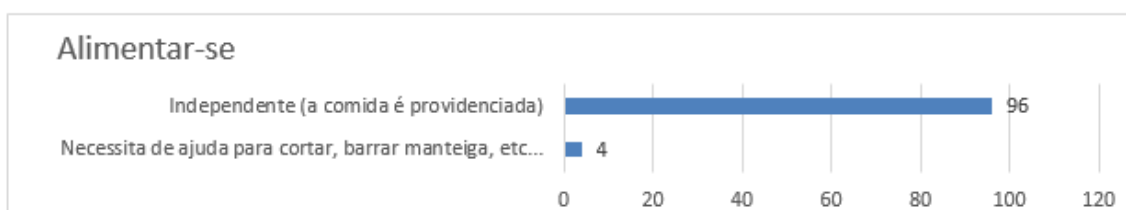
Já no Ir à casa de banho (Uso do sanitário), encontra-se 1% da amostra com dependência, 3% da amostra necessita de ajuda e os restantes 96% afirmam ser independentes para esta variável.

Gráfico 31 - Ir à casa de banho



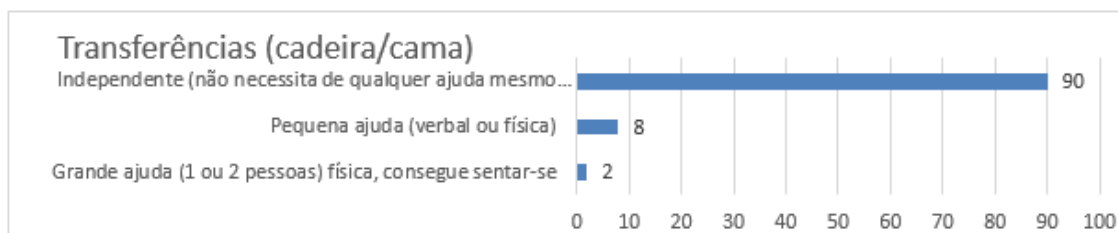
Na avaliação da variável Alimentar-se, 96% da amostra apresenta-se como independente, sendo que, 4% admite necessitar de ajuda, por exemplo para cortar, barrar manteiga, etc.

Gráfico 32 - Alimentar-se



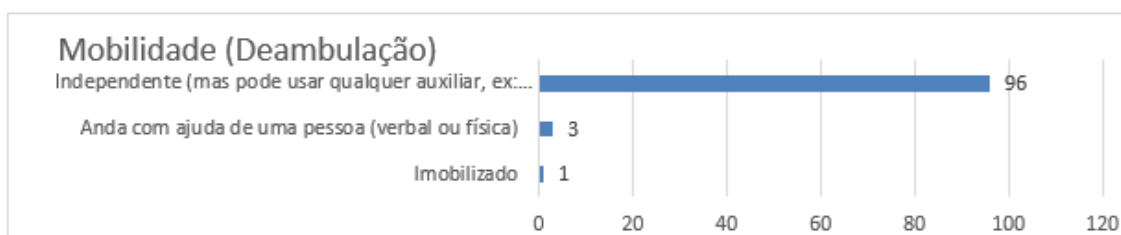
Para as transferências (cadeira/cama), a necessitar de grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se, encontra-se apenas 2% da amostra, enquanto com 8% encontram-se idosos a necessitar de pequena ajuda (verbal ou física), sendo que 90% da amostra diz ser independente.

Gráfico 33 - Transferências



Relativamente à variável Mobilidade (Deambulação), a amostra encontra-se independente em 96% dos casos, mesmo que utilize qualquer auxiliar como por exemplo: bengala. A necessitar de pequena ajuda (verbal ou física) 3% da amostra, e apenas 1% se encontra imobilizado.

Gráfico 34 - Mobilidade



Um outro parâmetro a avaliar é Vestir-se. Para esta variável 94% da amostra é considerada independente, por outro lado 5% necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho e apenas 1% se encontra dependente.

Gráfico 35 - Vestir-se



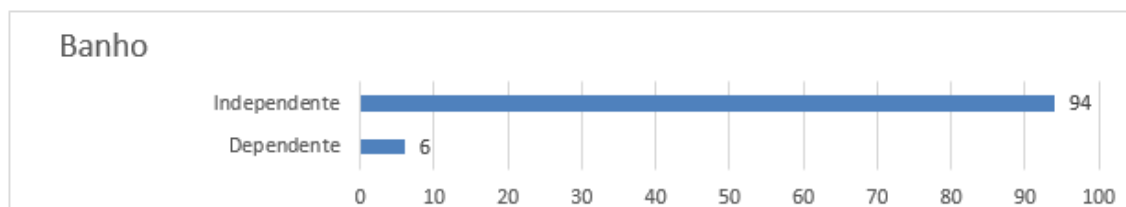
No Uso das escadas, 94% da amostra é independente podendo ter o uso de corrimão ou outro dispositivo, por exemplo moleta ou bengala. Com 5% da amostra encontram-se idosos a necessitar de ajuda (verbal ou física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão e apenas 1% da amostra se mostra incapaz.

Gráfico 36 - Uso das escadas



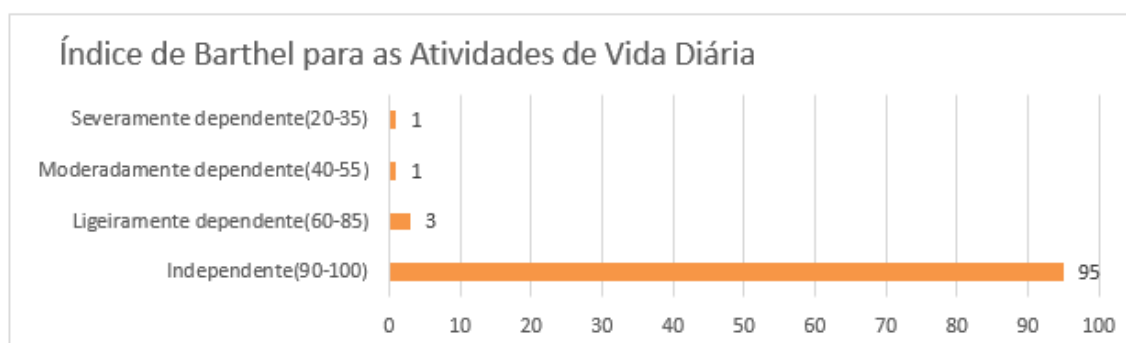
Por fim, no que se refere ao Banho, 6% da amostra é classificada como dependente, enquanto 94% é independente.

Gráfico 37 - Banho



Na avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD's) foi utilizado o Índice de Barthel; a amostra apresenta-se como independente em 95% dos casos, ligeiramente dependente em 3%, enquanto apenas com 1% encontramos indivíduos moderadamente e severamente dependentes

Gráfico 38 - Índice de Barthel para as atividades de Vida Diária



7.1.2 Análise Inferencial das variáveis ordinais

Testes Não Paramétricos - Correlação Rho Spearman

Através da Análise Inferencial das variáveis da amostra recolhida, observa-se que:

- À medida que aumenta a idade, diminui a capacidade cognitiva (Rho Spearman: -0,645; $p < 0,001$).
- À medida que a idade aumenta, aumenta a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,198; $p = 0,049$).
- À medida que a idade aumenta, menor é a capacidade para realizar as AIVD's (Rho Spearman: 0,290; $p = 0,003$).
- Quanto menor a capacidade cognitiva, maior é o consumo de fármacos (Rho Spearman: -0,221; $p = 0,027$).
- Quanto menor a capacidade cognitiva, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,198; $p = 0,049$).
- Quanto menor a capacidade cognitiva, menor é a capacidade para realizar as AIVD's (Rho Spearman: -0,299; $p = 0,003$).
- Quanto maior é o consumo de fármacos maior é o número de prescritores (Rho Spearman: 0,499; $p < 0,001$).
- Quanto maior é o consumo de fármacos, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,948; $p < 0,001$).
- Quanto maior é o consumo de fármacos, maior são as crenças acerca dos medicamentos (Rho Spearman: -0,333; $p = 0,001$).
- Quanto maior é a dependência nas AIVD's, maior é o consumo de fármacos (Rho Spearman: 0,476; $p < 0,001$).
- Quanto maior é a dependência nas AVD's, maior é o consumo de fármacos (Rho Spearman: -0,280; $p = 0,005$).
- Quanto maior é o número de prescritores, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,459; $p < 0,001$).

- Quanto maior é o número de prescritores, menor é a adesão ao regime de tratamento (Rho Spearman: -0,221; $p=0,027$).
- O número de prescritores aumenta, à medida que diminui a capacidade para realizar as AIVD's (Rho Spearman: 0,342; $p<0,001$).
- Quanto maior é a complexidade do regime medicamentoso, maiores são as crenças acerca dos medicamentos (Rho Spearman: -0,301; $p=0,002$).
- Quanto maior a dependência nas AIVD's, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: 0,506; $p<0,001$).
- Quanto maior a dependência nas AVD's, maior é a complexidade do regime medicamentoso (Rho Spearman: -0,337; $p=0,001$).
- Quanto maior a dependência nas AIVD's, maior é a crença no regime medicamentoso (Rho Spearman: -0,204; $p=0,041$).
- Quanto maior a dependência nas AIVD's, maior é a dependência nas Atividades de Vida Diária (Rho Spearman: -0,516; $p<0,001$).

Testes Não Paramétricos - Correlação Mann-Whitney

O Teste de Mann-whitney para amostras independentes permite-nos acrescentar que:

- Quanto maior o número de fármacos ($p=0,003$), a complexidade medicamentosa ($p<0,001$), a dependência nas AIVD's ($p<0,001$) e nas AVD's ($p<0,001$), maior é a dificuldade em abrir as embalagens.
- Quanto maior é a idade ($p=0,002$), o número de fármacos ($p<0,001$), o número de prescritores, a complexidade medicamentosa ($p<0,001$), a dependência nas AIVD's ($p<0,001$), a dependência nas AVD's ($p<0,001$) e menor é a capacidade cognitiva ($p=0,002$), maior é a dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens.
- Quanto maior o número de fármacos ($p=0,003$), a complexidade medicamentosa ($p<0,001$), a dependência nas AIVD's ($p=0,001$) e a dependência nas AVD's ($p<0,001$) maior é a dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.

- Quanto maior é o número de fármacos ($p=0,017$), a complexidade medicamentosa ($p<0,001$), a dependência nas AIVD's ($p=0,001$) e a dependência nas AVD's ($p=0,002$), maior é a dificuldade em tomar os fármacos.
- Quanto maior é o número de fármacos ($p=0,018$), a complexidade medicamentosa ($p=0,002$), a dependência nas AIVD's ($p<0,001$), a dependência nas AVD's ($p=0,013$), maior é a dificuldade em tomar a medicação a horas.
- Quanto maior é o número de fármacos ($p<0,001$), o número de prescritores ($p=0,001$), a complexidade medicamentosa ($p<0,001$), a dependência nas AIVD's ($p<0,001$) e a dependência nas AVD's ($p<0,001$), maior é a dificuldade em deslocar-se até à farmácia.
- Quanto maior é a idade ($p=0,002$), o défice cognitivo ($p=0,006$), o número de fármacos ($p=0,001$), o número de prescritores ($p=0,008$), a complexidade medicamentosa ($p=0,002$), a dependência nas AIVD's ($p=0,016$) e menor é a adesão ao regime de tratamentos ($p=0,005$), maior é a dificuldade em ter o dinheiro para comprar a medicação.
- Quanto maior é o número de fármacos ($p<0,017$), a complexidade medicamentosa ($p<0,001$) e a dependência nas AVD's ($p=0,001$), maior é a dificuldade em cumprir com o horário das tomas. Ao mesmo tempo afirma-se que quanto maior é o número de fármacos ($p=0,013$), a complexidade medicamentosa ($p=0,001$), e a dependência nas AVD's ($p=0,002$), maior é a dificuldade em lembrar quando chega a hora.
- Quanto maior é o número de fármacos ($p=0,015$), a complexidade medicamentosa ($p=0,003$) e a dependência nas AIVD's ($p=0,016$), maior é a dificuldade em organizar para tomar fora de casa.

COM BASE NOS TESTES, E ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS RESULTADOS E DAS RELAÇÕES ACIMA OBTIDAS, PODEMOS INFERIR QUE:

- Praticamente 53% dos indivíduos vive com o cônjuge; 37% vive sozinho;
- 48% da amostra afirma não ter dinheiro suficiente para as necessidades de saúde;
- 39% da amostra afirma ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo;
- 30% da amostra refere dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação;

O que nos permite concluir que o principal fator limitador é a situação económica dos indivíduos, associada em muitos casos ao contexto de vida "a sós". Estas ideias corroboram os resultados de um estudo realizado em 2009 na UCC de Campanhã pela UCP e FPS, que revelou:

- que as pessoas idosas não tinham dinheiro para adquirir os fármacos;
- que nos agregados familiares que apresentam maior risco de pobreza, (sendo que, segundo o INE, por taxa de risco de pobreza entende-se que seja a proporção da população cujo rendimento equivalente se encontra abaixo da linha de pobreza definida como 60% do rendimento mediano por adulto equivalente) se destaca, em segundo lugar o grupo dos idosos que vivem sós. (FPS, 2009)

AINDA COM BASE NOS TESTES, PODEMOS INFERIR QUE:

- 29% da amostra afirma não conhecer o fármaco e 76% afirma não possuir suporte escrito;
- Ao nível de confiança de 95%; o número de fármacos situa-se num intervalo de 3 a 9 unidades;

Tendo por base os testes não paramétricos – correlação Rho Spearman, pode afirmar-se que à medida que aumenta a idade, diminui a capacidade cognitiva, aumenta a dependência e aumenta o consumo do número de fármacos. Deste modo, deveria diminuir a complexidade do regime medicamentoso, o que não se

verifica, através dos resultados acima descritos, já que a média de fármacos encontrada foi de $5,7 \pm 2,8$.

- A cognição surge também como “handicap”, traduzida pelos:
 - ✓ 15% da amostra que revela dificuldade em ler as embalagens;
 - ✓ 11% da amostra que revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;
 - ✓ 7% da amostra que revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;
 - ✓ 6% da amostra que revela dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.

No presente estudo, a realidade constatada através dos testes não paramétricos – Rho Spearman, revela que, quanto maior a idade, maior a dependência e por sua vez menor a capacidade cognitiva.

Mais uma vez, estas conclusões aproximam-se dos resultados obtidos por um estudo elaborado em Portugal nos anos de 2000/01, com uma amostra representativa da população idosa, com mais de 75 anos, na qual 10,2% dos inquiridos apresentavam dificuldades cognitivas. (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

- A perda de mobilidade surge como terceiro fator limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia:
 - ✓ 14% da amostra refere dificuldade em deslocar-se até à farmácia;
 - ✓ 10% da amostra refere dificuldade em abrir/fechar as embalagens;
 - ✓ 4% da amostra refere dificuldade em renovar a medicação.

Segundo os dados obtidos:

- 37% da amostra apresenta algum grau de dependência, sendo que, à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência. Neste sentido, pode afirmar-se que, deveria aumentar o suporte social, o que

não se verifica nos resultados obtidos através da análise inferencial fornecida pelos testes não-paramétricos – Correlação Rho Spearman.

As gerações mais velhas são mais numerosas e atingem idades mais avançadas, logo surgirá um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência, que mais cedo ou mais tarde irão necessitar de apoio familiar, social e de saúde. A prevalência de doenças crónicas e a longevidade atual em Portugal são as principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. (Montezuma, Freitas, & Monteiro, 2008)

8. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Na metodologia do Planeamento em Saúde surge como segunda fase a Definição de Prioridades. Esta surge de uma necessidade de planeamento, onde perante a pertinência de problemas levantados e tendo em mente uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir, é necessário proceder a uma priorização de problemas, no sentido de definir quais os que se devem tentar solucionar primeiro. (Tavares, 1990)

Do estudo prático, transparecem diversos problemas. De entre estes foca-se uma necessária fase de promoção da gestão e adesão ao regime medicamentoso. O estudo, estabelece problemas, que quando se observam presentes num determinado indivíduo, definem uma situação de atenção: por exemplo, isolamento associado a condições económicas precárias e elevado nível de dependência constitui uma situação crítica, urgente, sobre a qual é essencial intervir.

PROBLEMAS
Regime medicamentoso complexo <ul style="list-style-type: none">- 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a medicação- 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens- 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação
Capacidade diminuída para gerir o regime medicamentoso <ul style="list-style-type: none">- 10% dos idosos sente dificuldade em abrir/fechar embalagens- 15% dos idosos apresentam dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens- 11% dos idosos apresenta dificuldade em se lembrar quando chega a hora da toma da medicação- 7% dos idosos apresenta dificuldade em organizar a terapêutica para tomar fora de casa- 6% dos idosos necessita que lhe preparem a medicação e 1% é incapaz de se responsabilizar pela medicação

Atitude dificultadora face ao regime medicamentoso <ul style="list-style-type: none">- 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos- 4% dos idosos apresenta dificuldade em renovar a medicação a tempo- 14% dos idosos apresenta dificuldades para se deslocar até uma farmácia
Défi ce de conhecimentos face ao regime medicamentoso <ul style="list-style-type: none">- 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco
Disponibilidade para capacidade para gerir o regime <ul style="list-style-type: none">- 76% dos idosos não possui qualquer suporte escrito sobre a sua medicação
Não adesão ao regime medicamentoso <ul style="list-style-type: none">- 3% dos idosos refere sentir dificuldades na toma dos fármacos
Conhecimento sobre a medicação não demonstrado <ul style="list-style-type: none">- 27% dos idosos já não conhece o fármaco e 2% nunca conheceram
Conhecimento sobre o regime medicamentoso não demonstrado <ul style="list-style-type: none">- 6% dos idosos admite ter dificuldades em perceber qual e como deverá tomar o fármaco

Quadro 11: identificação dos Problemas nos Utentes Idosos da UCC de Campanhã – ACES Porto- Oriental

Após a conclusão do Diagnóstico de Saúde e encontrados os problemas, foi decidido por unanimidade com o Professor Armando e a Enfermeira Vitória, ficou decidido que, os problemas identificados com a aplicação do Diagnóstico, seriam englobados em dois Diagnósticos major, sendo eles: a Adesão ao Regime Medicamentoso e a Gestão do Regime Medicamentoso. Toda a nossa intervenção, recaiu portanto sobre estes dois Diagnósticos.

9. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho constituiu uma oportunidade de aprendizagem muito significativa no nosso percurso enquanto enfermeiros, pelo desenvolvimento de um conjunto de competências na área de Enfermagem Comunitária.

Após a conclusão deste trabalho, podemos afirmar que aprofundamos conhecimentos na área de Planeamento em Saúde. Na atualidade, a expressão “escassez de recursos” é uma constante, contudo um correto planeamento de atividades, estabelecimento de prioridades e seleção de recursos disponíveis, permite-nos otimizar a prestação de cuidados de saúde. Desta forma a conjugação da eficácia e eficiência farão sentido e contribuirão para o atingimento de objetivos e indicadores que tornem visíveis o trabalho dos enfermeiros e que possam ser traduzidos em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo sempre como foco de atenção o utente / família / comunidade.

Finalizada esta primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde - Diagnóstico de Situação, podemos afirmar que seguimos todas as etapas do planeamento e pressupostos de investigação. Planeamos, executamos e avaliamos os resultados com o rigor científico exigível com vista a identificar necessidades numa amostra da comunidade.

Como principais dificuldades salientamos o tempo de estágio previsto que nos obrigou a um planeamento e estabelecimento de prioridades bastante criterioso, para que pudéssemos cumprir as exigências do Plano de Estudos. Também a elaboração do instrumento de colheita de dados se revelou bastante trabalhosa. Relativamente à sistematização de ideias e organização do trabalho, julgamos que os obstáculos foram superados. Outro obstáculo surgiu relativamente ao tratamento de dados, devido à falta de experiência e conhecimentos nesta área.

Relativamente aos objetivos traçados para este Estágio, consideramos que de um modo geral foram globalmente atingidos.

Podemos concluir deste modo que, é preciso que nós Enfermeiros, ultrapassemos as limitações de recursos, problemas ou condições precárias do sistema de saúde e que tenhamos a crença de poder modificar hábitos e atitudes erróneas, levando o indivíduo cada vez a uma maior autonomia nas suas escolhas numa percepção crítica utilizando a educação em saúde e as intervenções com vista ao aumento de uma Gestão do Regime Medicamentoso eficaz, como estratégias para aumentar a qualidade de vida da nossa população idosa.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde / INE. (2009). Relatório Morbilidade 2009 / ACES Porto. ACSS/INE.
- Apóstolo, J. (2009). Instrumentos para avaliação em geriatria (Tese). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados (59-66). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional*. Porto: Universidade do Porto. Reitoria.
- Blaschke, T., & Osterberg, L. (2005). *Drug Therapy: Adherence to Medication*. Palo Alto, California, E.U.A.: Stanford Publications.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas.
- Direcção Geral de Saúde. (2005). *Relatorios 2005 - morbilidade*. Obtido de www.dgsaude.min-saude.pt/
- Direcção Geral de Saúde. (2014). *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Obtido em 2014, de www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html
- Figueiras, M. (2006). *Psicologia da doença vs. Psicologia da saúde: A relevância dos modelos de senso-comun*. Coimbra: In Leal, Perspectivas em psicologia da Saúde.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. França: Décarie Editeur.
- FPS, F. P. (2009). *Porto Solidário - Diagnóstico Social do Porto*. Porto.
- Governo Constitucional - Portaria da republica - nº 273/2009 - 18 de março. (2009). Portaria da republica - nº 273/2009 - 18 de março. Lisboa: Diário da Republica.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M. A., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9-10.

- Henriques, M. A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade - Eficácia das intervenções de enfermagem (Tese). Lisboa: Universidade de Lisboa / Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Métodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde- Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: 3ª edição Escola Nacional de Saúde Pública .
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *www.ine.pt*. Obtido de *www.ine.pt*
- International Council of Nurses. (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE). Genebra (Suíça): International Council of Nurses.
- Konkle, & Parker. (February de 2001). Journal of the American Academy of Nurse Practioners. 13(2).
- Levy, R. L., & Feld, A. D. (1999). *Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens*. Seattle, Washington, E.U.A.: American Journal of Gastroenterology.
- Lima, M. L., & Delgado, A. B. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Lisboa: Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE.
- Maia, L., Matos, M., Correia, C., Machado, N., & Silva, C. F. (2004). Screening cognitivo através do MMSE em 82 idosos institucionalizados de duas dependências da Santa Casa da Misericórdia do Fundão – Cova da Beira. Aveiro: Universidade da Beira Interior: Universidade de Aveiro.
- Melchiors, A., & Fernandez-Llimós, F. (2007). Instrumentos específicos: Índice de complexidade medicamentosa. Brasil: Cadernos da Saúde Pública.
- Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 101/2006. (6 de 6 de 2006). Noção de dependência. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (8 de Novembro de 1991). Carreira de Enfermagem. *Decreto Lei nº437/91*.
- Ministério da Saúde. (2014). *webmortalidades - Diagnóstico de situação de Saúde*. Obtido em 2014
- Montezuma, C. A., Freitas, M. C., & Monteiro, A. R. (2008). *A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso*. Revista eletrônica de enfermagem.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Relatório Primavera 2010*. Lisboa: www.observaport.org.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Relatório 2003*. Genebra, Suíça: World Health Organization Publications.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Relatório 2003*. Genebra, Suíça: World Health Organization Publications.
- Ownby, R. L., Herzog, C., Crocco, E., & R. Duara. (2006). *Factores related to medication adherence in memory disorder clinic patients*. PMC - U.S. National Library of Medicine: Aging Ment Health.
- Palma, C. M. (2012). O enfermeiro como gestor do regime medicamentoso do idoso. Beja: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja.
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Escala de atitudes face aos medicamentos (347-351). Avaliação Psicológica: Formas e Contexto.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas 3ª edição.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, A. M. (2012). Bem nascer, Melhor crescer (Tese). Beja: Instituto Politécnico de Beja.
- Sorensen, & Luckmann. (1998). Enfermagem fundamental-Abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública.
- Stefanelli, M. C. (1990). Comunicação em Enfermagem: teoria, ensino e pesquisa. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- Tavares, A. B. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (Caderno de Formação). Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção dos Recursos Humanos.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Wray, J., & Dobbels, F. (2009). *Nonadherence Consensus Conference Summary*. Tampa, Florida, E.U.A.: Wiley Periodical Inc.

ANEXO I - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

Estatísticas descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	100	65	95	74,94	6,618
Género	100				
Estado civil	100				
Escolaridade	100				
Vive com	100				
Rendimento familiar	100				
Dinheiro suficiente para as necessidades de saúde	100				
Mini-Exame do estado Mental- Score	100	24	30	28,73	1,332
Mini-Exame do estado Mental	100				
Nº de fármacos	100				
Nº de prescritores	100				
Conhece o fármaco	100				
Suporte escrito	100				
Quem prepara	100				
Quem gere a medicação	100				
Índice de complexidade medicamentosa- score	100	4	126	30,46	19,545
Dificuldade em abrir/fechar embalagens	100				
Dificuldade em ler as embalagens	100				
Dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco	100				
Dificuldade em tomar o fármaco	100				
Dificuldade em renovar a medicação a tempo	100				
Dificuldade em deslocar-se até à farmácia	100				
Dificuldade em ter dinheiro para comprar a medicação	100				
Dificuldade em cumprir o horário das tomas	100				
Dificuldade em lembrar quando chega a hora	100				
Dificuldade em organizar para tomar fora de casa	100				
Crenças acerca dos medicamentos - score	100	16	41	27,99	5,626
Medida de Adesão aos tratamentos-Score	100	31	48	39,19	2,997
Cuidar da casa	100				
Lavar a roupa	100				
Preparar comida	100				
Ir às compras	100				
Uso do telefone	100				

Uso de transporte	100				
Uso do dinheiro	100				
Responsável pelos medicamentos	100				
Atividades Instrumentais Índice de Lawton-Brody- Score	100	8	25	9,74	3,606
Atividades Instrumentais Índice de Lawton-Brody	100				
Higiene pessoal	100				
Evacuar	100				
Urinar	100				
Ir à casa de banho (Uso do sanitário)	100				
Alimentar-se	100				
Transferências (cadeira/cama)	100				
Mobilidade (Deambulação)	100				
Verstir-se	100				
Escadas	100				
Banho	100				
Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diária- Score	100	20	100	96,90	11,005
Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diária	100				
N válido (de lista)	100				

ANEXO II – Formulário (ANEXO III DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO)

Anexo III

Instrumento de recolha de dados



Este formulário destina-se a recolher informação acerca da Gestão do Regime Terapêutico em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, na área abrangida pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã, inserido num estudo de âmbito académico para o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Campanhã. O tratamento dos resultados deste questionário será confidencial.

Código: _____

Data: ____/____/____

Dados pessoais:

1- Idade:

_____(anos)

2- Género:

1-Masculino ☐

2-Feminino ☐

3- Estado Civil:

1-Solteiro ☐

2-Casado/União de facto ☐

3-Divorciado ☐

4-Viúvo ☐

4- Escolaridade:

1-Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever ☐ 2-Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever ☐ 3-Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe ☐ 4-Fez exame da 4ª classe ☐ 5- Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente) ☐ 6-Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu) ☐ 7-Completou o ensino superior ☐ 8-Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique) ☐ _____

5- Vive com:

1-Cônjuge ☐

2-Familiares diretos ☐

3-Sozinho ☐

4-Outros ☐

6- Qual o montante do rendimento familiar?

1-Inferior ao rendimento mínimo ☐

2-Superior ao rendimento mínimo ☐

7- Considera que o dinheiro que recebe chega para as suas necessidades de saúde?

1-Sim ☐ 2-Não ☐



Mini-Exame do estado mental (Adaptado por Guerreiro M, 2003)		Parcial	Total
Orientação 1 ponto por cada resposta correta	Em que ano estamos?		
	Em que mês estamos?		
	Em que dia do mês estamos?		
	Em que dia da semana estamos?		
	Em que estação do ano estamos?		
	Em que país estamos?		
	Em que distrito vive?		
	Em que terra vive?		
	Em que casa estamos?		
	Em que andar estamos?		
Retenção 1 ponto por cada palavra corretamente repetida	“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.” Pera + Gato + Bola		
Atenção e cálculo 1 ponto por cada resposta correta.	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar” 30__27__24__21__18__15__		
Evocação 1 ponto por cada resposta correta	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar” Pera + Gato + Bola		
Linguagem 1 ponto por cada resposta correta	1- “Como se chama isto” Mostrar os objetos: Relógio + Lápis		
	2- “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA ”		
	3- “Quando eu lhe der esta folha , pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”) Pega com a mão direita + Dobra ao meio + Coloca onde deve		
	4- “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “ FECHÉ OS OLHOS ”; sendo analfabeto lê-se a frase.		
	5- “ Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.		
Habilidade construtiva 1 ponto pela copia correta	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.		
8 - Pontuação final			
SCORE	CLASSIFICAÇÃO		
27-30	Efetivamente normal		
20-26	Disfunção cognitiva		
10-19	Disfunção cognitiva moderada a severa		
< 10	Disfunção cognitiva muito severa		
Nota: Consideram-se com defeito cognitivo: Idosos analfabetos com pontuação < = 15 pontos Idosos com 1 a 11 anos de escolaridade com pontuação < = 22 Idosos com escolaridade superior a 11 anos com pontuação < = 27			



Regime Medicamentoso

Nome do fármaco	Quem prescreveu	11-Conhece o fármaco?	Via/ dosagem fórmula	Horário	12-Suporte escrito?	Instruções Adicionais (segundo Índice Complexidade Fármacos)	13-Quem prepara?	14-Quem gere a medicação?
1-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
2-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
3-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
4-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
5-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
6-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
7-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
8-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
9-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
10-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
11-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
12-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
13-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca sou			1 – Sim 2 – Não		1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Outro
9-Nº de fármacos__	10-Nº de prescritores__	15-Índice de complexidade medicamentosa (Melchior, Correr e Fernández-Llamos, 2007) - Pontuação						



Relativamente aos medicamentos que toma, quais são as suas principais dificuldades	1-Sim	2-Não	Fármacos
16-Abrir ou fechar as embalagens	1	2	
17-Ler o que está escrito na embalagem	1	2	
18-Perceber qual e como deve tomar o fármaco	1	2	
19-Tomar o fármaco (sabor, tamanho, forma de aplicar)	1	2	
20-Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)	1	2	
21-Deslocar-se até à farmácia para comprar	1	2	
22-Ter dinheiro para comprar a medicação	1	2	
24-Cumprir com o horário das tomas	1	2	
25-Lembrar quando chega a hora	1	2	
26-Organizar para tomar fora de casa (não planeou)	1	2	

Escala de Crenças acerca dos Medicamentos (Horne, Weinman & Hankins, 1997). (Versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva, 1999.)					
	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo totalmente
1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	1	2	3	4	5
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me	1	2	3	4	5
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos	1	2	3	4	5
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	1	2	3	4	5
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	1	2	3	4	5
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	1	2	3	4	5
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos	1	2	3	4	5
10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	1	2	3	4	5
27- Score final da Escala de crenças					

Medida de adesão aos tratamentos - MAT (Delgado e Lima, 2001)						
1 - Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
2 - Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
3 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
4 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
6 - Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
7 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
28 - Pontuação final						



Capacidade Funcional

Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Adaptado por Sequeira, 2007)

29 - Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda - 1 ponto Faz tudo exceto o trabalho pesado - 2 pontos Só faz tarefas leves - 3 pontos Necessita de ajuda para todas as tarefas - 4 pontos Incapaz de fazer qualquer tarefa - 5 pontos	
30 - Lavar a roupa	Lava a sua roupa - 1 ponto Só lava pequenas peças - 2 pontos É incapaz de lavar a roupa - 3 pontos	
31 - Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda - 1 ponto Prepara se lhe derem os ingredientes - 2 pontos Prepara pratos pré cozinhados - 3 pontos Incapaz de preparar refeições - 4 pontos	
32 - Ir às compras	Faz as compras sem ajuda - 1 ponto Só faz pequenas compras - 2 pontos Faz as compras acompanhado - 3 pontos É incapaz de ir às compras - 4 pontos	
33 - Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade - 1 ponto Só liga para lugares familiares - 2 pontos Necessita de ajuda para o usar - 3 pontos Incapaz de usar o telefone - 4 pontos	
34 - Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz - 1 ponto Só anda de táxi - 2 pontos Necessita de acompanhamento - 3 pontos Incapaz de usar o transporte 4	
35 - Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc. - 1 ponto Só em pequenas quantidades de dinheiro - 2 pontos Incapaz de utilizar o dinheiro - 3 pontos	
36 - Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação - 1 ponto Necessita que lhe preparem a medicação - 2 pontos Incapaz de se responsabilizar pela medicação - 3 pontos	

37- Pontuação final

Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diária (Adaptado por Sequeira, 2007)

38 - Higiene pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal. 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos).	
39 - Evacuar	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres). 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência).	
40 - Urinar	0 = Incontinente ou algaliado. 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas). 10 = Contínente (por mais de 7 dias).	
41 - Ir à casa de banho (uso de sanitário)	0 = Dependente. 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho. 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda).	
42 - Alimentar-se	0 = Incapaz. 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada).	
43 - Transferências (cadeira /cama)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se. 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se. 10 = Pequena ajuda (verbal ou física). 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).	
44 - Mobilidade (deambulação)	0 = Imobilizado. 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física). 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala).	
45 - Vestir-se	0 = Dependente. 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda. 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores).	
46 - Escadas	0 = Incapaz. 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão. 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala).	
47 - Banho	0 = Dependente. 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda).	

48 - Pontuação final

Anexo IV

Plano da sessão de apresentação dos resultados à UCC

PLANO DE SESSÃO

UCC de Campanhã		Formador: Ana Luísa Araújo Helena Araújo Ricardo Maia		
Título: Diagnóstico e Intervenção Comunitária - Gestão do Regime Terapêutico na população idosa da UCC de Campanhã				
Destinatários: UCC de Campanhã				
Data: 7/11/2014				
Duração: 60 minutos				
Objectivo geral: Apresentar os resultados do Diagnóstico de situação e Intervenção na Gestão do Regime Terapêutico na UCC de Campanhã				
Objectivo específico: Dar resposta a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã- “Saúde do Idoso” Participar e promover a investigação em serviço na área da Especialização em Enfermagem Comunitária				
Tempo	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas	Meios a utilizar
5 min	Introdução	Definição de gestão de regime medicamentoso/adesão ao regime	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
45 min	Desenvolvimento	Apresentação dos resultados da fase de Diagnóstico de Saúde Apresentação dos problemas identificados Apresentação dos indicadores de resultado e resultados obtidos após a intervenção	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
10 min	Conclusão	Síntese e debate das principais ideias	Apresentação em PowerPoint segundo o método expositivo	Computador e projetor
Avaliação:				

Anexo V

Apresentação dos Resultados




CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Diagnóstico e Intervenção Comunitária
Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa da
UCC de Campanhã

Ana Luísa Araújo nº361613023; Helena Araújo nº360505096; Ricardo Maia nº 36055099

Introdução

O Diagnóstico de saúde e Intervenção comunitária face à Gestão do Regime Medicamentoso, na população idosa da UCC de Campanhã, surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio, módulos I e II, inseridos no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A Unidade Curricular está dividida em três Módulos de Estágio, assim sendo:

- Módulo I (Diagnóstico de Saúde) de 28/4/2014 a 28/6/2014
- Módulo II (Intervenção) de 15/9/2014 a 8/11/2014
- Módulo III (opcional) de 10/11/2014 a 21/1/2015

Cada módulo de estágio terá 180 horas perfazendo um total de 540 horas



Objetivos

- ✓ Gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- ✓ Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a Enfermeiros como ao público em geral;
- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Manter de forma contínua e autónoma o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;

Objetivos

- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- ✓ Refletir na e sobre a prática, de forma crítica;
- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EEC;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
- ✓ Dar resposta a uma necessidade sentida pela UCC de Campanhã - "Saúde do idoso"



Definição da área programática



GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Para o International Council of Nurses (ICN, 2002, cit Machado, 2009) a gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento de adesão com características específicas, tais com: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença bem como das suas complicações, actividades essas que são suficientes para alcançar objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença.

Definição da área programática

A OMS (2003)¹, reconheceu cinco grupos de fatores que podem interferir no processo de gestão do regime terapêutico:

FATORES

- ✓ sociais
- ✓ económicos e culturais
- ✓ relacionados com os profissionais e serviços de saúde
- ✓ relacionados com a doença de base e comorbilidades
- ✓ relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente

1. Fonte: Adherence to long-term therapies: Evidence for action, OMS, 2003



GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

É um processo complexo, que “abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada.... Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados”²

Existem vários estudos que comprovam o elevado consumo de medicamentos nesta faixa etária. Segundo a OMS³, estima-se que:

50% de todos os medicamentos prescritos, dispensados ou vendidos são feitos de forma inapropriada

50% dos pacientes utilizam-nos de forma incorreta, sendo por isso de máxima importância, a promoção do uso racional dos medicamentos

2. Fonte: [NPA, 1998, citado por Banning, 2007, p.57].

3. Fonte: Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: OMS, 2002. Traduzido por Carlos C.F.Vidotti e Rogério Hoeller e Emília Vitória Silva.

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO



A adesão ao tratamento como fenómeno de enfermagem “é uma volição com características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhorar sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece as instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) e a não adesão e não seguir ou não estar de acordo com o regime terapêutico”⁴.

4. Fonte: CIPE, 2006, p.81

O porquê da seleção deste tema e desta faixa etária...

- ✓ constatação do crescente envelhecimento da população
- ✓ aumento progressivo das doenças crónicas
- ✓ consequente aumento do consumo de medicamentos



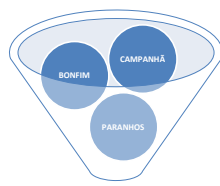
A Gestão do Regime Medicamentoso torna-se assim uma tarefa complexa...

Diagnóstico de Saúde

Gestão do Regime Medicamentoso na população idosa da UCC de Campanhã



Caraterização da comunidade

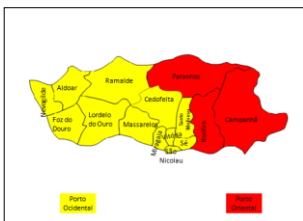


ÁREA GEODEMOGRÁFICA DO ACES PORTO ORIENTAL

População inscrita no ACES:

- ✓ 54 726 Homens
 - ✓ 66 151 Mulheres
- Total da população 120 877 utentes

Segundo os Censos 2011, INE a população residente é de 101 222 habitantes verificando-se uma diminuição ao longo dos anos, com um índice de envelhecimento elevado, evidenciando valores superiores aos da Região Norte e do Continente.



Seleção da amostra

A população deste Diagnóstico de Saúde é constituída por 7.524 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de Campanhã.

Face ao tempo disponível para realizar a recolha de dados (3 semanas) pretendeu-se:

- ✓ obter uma amostra, com um nível de confiança de 95%
- ✓ uma margem de erro de 10%, que englobasse pelo menos 95 pessoas

Para tal, realizou-se um amostragem por conveniência, nas ruas circundantes à UCC de Campanhã, através de contato pessoal "porta a porta".

- ✓ A amostra total recolhida foi de 110 pessoas
- ✓ Apenas foram validados 100, já que o Mini-Exame do estado mental constituiu um critério de exclusão sempre que se verificou que havia disfunção cognitiva

Esta decisão foi tomada de acordo com as orientações da Enfermeira Coordenadora da UCC de Campanhã – Enfermeira Vitória Leal e do Professor da UCP Armando Almeida.

A recolha de dados decorreu entre 12 e 27 de Junho de 2014

Seleção das variáveis

O Formulário construído foi subdividido em cinco partes.

A primeira com o objetivo de caracterizar a amostra, permite recolher as variáveis: Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Agregado familiar, Montante do rendimento familiar e Rendimento associado às necessidades em saúde.

A segunda, contém questões relativas à caracterização da Complexidade do Regime Medicamentoso.

A terceira, é referente à caracterização das Crenças acerca do Regime Medicamentoso.

A quarta retrata a Adesão ao Regime Medicamentoso

A quinta e última parte avalia a Capacidade Funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias).

Tratamento dos dados

Para o tratamento dos dados foram utilizados o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0 e Microsoft Office Excel 2010.

Formulário

Diagnóstico de Saúde



Resultados

Idade

A média de idades situa-se nos $74,9 \pm 6,6$ e a moda da amostra foi de 68 anos. A idade mínima encontrada na amostra foi de 65 anos e a máxima 95.

Género

A maior percentagem encontrada é feminina com 64%.

Estado Civil

52% da amostra é casada/união de facto
32% é viúva

Escolaridade

54% da amostra tem como escolaridade máxima a 4ª classe de onde se destacam 2% que são analfabetos.

Encontramos porém, uma população com índices de instrução superiores ao que é retratado na bibliografia consultada que se consubstancia no nº de indivíduos que completou o ensino superior (16%)

Resultados

Vive com

53% vive com o cônjuge
37% vive sozinho

Dinheiro suficiente para as necessidades de saúde

48% da amostra afirma não ter dinheiro suficiente para as necessidades de saúde

Rendimento familiar

39% da amostra afirma ter um rendimento familiar inferior ao rendimento mínimo

Nº de fármacos

A média encontrada situa-se nos $5,7 \pm 2,8$

Conhece o fármaco

29% da amostra afirma não conhecer o fármaco

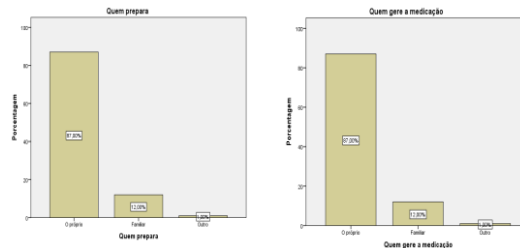
Suporte escrito

76% da amostra afirma não possuir suporte escrito

Resultados

Quem prepara a medicação

87% da amostra afirma ser o próprio a preparar a sua medicação



Quem gere a medicação

87% da amostra afirma ser o próprio a gerir a sua medicação

Resultados

Relativamente às dificuldades:

- Abrir/fechar embalagens – 10%
- Ler as embalagens – 15%
- Perceber qual e como deve tomar o fármaco – 6%
- Tomar o fármaco – 3%
- Renovar a medicação a tempo – 4%
- Deslocar-se até à farmácia – 14%
- Ter dinheiro para comprar a medicação – 30%
- Lembrar quando chega a hora – 11%
- Organizar para tomar fora de casa – 7%

Em síntese

✓ O principal problema (dinheiro – 30%) vai de encontro a um estudo² realizado na UCC de Campanhã pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) que revelou que as pessoas idosas não tinham dinheiro para adquirir os fármacos;

Fonte: S. Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto, 2009

Resultados

Em síntese

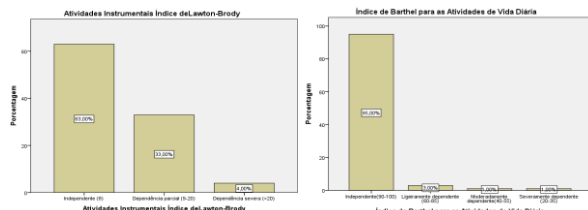
✓ A cognição surge também como “handicap”, traduzida pelos:

15% da amostra que revela dificuldade em ler as embalagens;
11% da amostra que revela dificuldade em lembrar quando chega a hora;
7% da amostra que revela dificuldade em organizar para tomar fora de casa;
6% da amostra que revela dificuldade em perceber qual e como deve tomar o fármaco.
No presente estudo, a realidade constatada através dos testes não paramétricos – Rho Spearman, revela que, quanto maior a idade, maior a dependência e por sua vez menor a capacidade cognitiva.

✓ A perda de mobilidade surge como terceiro fator limitando a capacidade de adquirir os fármacos na farmácia:

14% da amostra refere dificuldade em deslocar-se até à farmácia;
10% da amostra refere dificuldade em abrir/fechar as embalagens;
4% da amostra refere dificuldade em renovar a medicação.

Resultados



Em síntese

Segundo os dados obtidos, 37% da amostra apresenta algum grau de dependência, sendo que, à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência. Neste sentido, pode afirmar-se que, deveria aumentar o suporte social, o que não se verifica nos resultados obtidos através da análise inferencial fornecida pelos testes não-paramétricos – Correlação Rho Spearman.

Resultados

Em síntese

As gerações mais velhas são mais numerosas e atingem idades mais avançadas, logo surgirá um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência, que mais cedo ou mais tarde irão necessitar de apoio familiar, social e de saúde. A prevalência de doenças crónicas e a longevidade atual em Portugal são as principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades⁶.

Os conhecimentos sobre a doença e os medicamentos não são suficientes. O suporte social revela-se parte essencial, assim como o acompanhamento e aconselhamento continuados⁷.

Fonte: 6. Montezuma, Camila Araújo; Freitas, Maria Célia; Monteiro, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista eletrônica de enfermagem* (2008)
Fonte: 7. Bosworth et al, 2004; Jaarsma et al, 2000; GESICA, 2005; Huang et al, 2004; Kim e Oh, 2003

Resultados

Em síntese

Segundo os dados obtidos:
87% da amostra prepara e gere a medicação de forma autónoma
76% da amostra não tem suporte escrito
29% da amostra refere não conhecer o fármaco

A média de fármacos encontrada foi de $5,7 \pm 2,8$.

Tendo por base os testes não paramétricos – correlação Rho Spearman, pode afirmar-se que à medida que aumenta a idade diminui a capacidade cognitiva e aumenta a dependência e aumenta o consumo do número de fármacos. Deste modo, deveria diminuir a complexidade do regime medicamentoso, o que não se verifica, através dos resultados acima descritos.

Resultados

Em síntese

Em relação ao género:
64% da amostra é do género feminino

Tendo por base um estudo efetuado por Amaral e Vicente (2000), o grau de dependência varia de forma proporcional à idade, assim, quanto maior a idade maior o grau de dependência⁸.

No resultado de um outro estudo (Gil, 2010) a percentagem de anos que os homens podem viver sem incapacidade é maior que o das mulheres, deste modo, pode dizer-se que, as mulheres vivem mais tempo, mas com mais incapacidades⁹.

8. Fonte: AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro (2000)
9. Fonte: GIL, Ana Paula Martins. *Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência*. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior (2010)

Definição de prioridades

- Adesão ao Regime Medicamentoso
- Gestão do Regime Medicamentoso



Intervenção



Findo o diagnóstico de saúde e encontradas as prioridades chega a hora de intervir.

A intervenção decorreu no período de 15/09/14 até 7/11/14, e contou com a atribuição de quatro utentes da UCC de Campanhã a cada elemento com o Diagnóstico identificado de Não Adesão ao Regime Terapêutico.

Assim sendo apresentamos individualmente os resultados que obtivemos:

Conclusão



Os enfermeiros na equipa de saúde ocupam um lugar privilegiado e poderão ser o elo de ligação entre médico e farmacêutico (Banning, 2004), pois pela experiência de trabalho em equipas de saúde na comunidade têm uma visão integrada dos cuidados¹⁰.

É na comunidade onde a pessoa se encontra inserida que se pretende que ela seja o mais independente possível, pelo que, a melhor forma de avaliar as suas limitações é durante a visita domiciliária. É aqui que se pode intervir junto da pessoa, de forma a capacitá-la para a gestão do seu regime terapêutico, de acordo com os seus défices de autocuidado.

“Preparar o futuro significa fundamentar o presente.”

Antoine de Saint-Exupéry



10. Fonte: Banning, M.(2004) – Enhancing older people's concordance with taking their medication. British J Nursing. 2004; Jun, 13(11)

Bibliografia

- AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro (2000)
- BANNING,M.(2004) – Enhancing older people's concordance with taking their medication. British J Nursing. 2004; Jun, 13(11)
- BANNING,M.(2007) – Medication management and the older person. In BANNING,M – Medication management in care of older people.2007.Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- CIPE, 2006, p.81
- GIL, Ana Paula Martins. Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior (2010)

Bibliografia

- MONTEZUMA, Camila Araújo; FREITAS, Maria Célia; MONTEIRO, Ana Ruth. - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. Revista eletrônica de enfermagem (2008)
- OMS 2002, Promoting rational use of medicines: core componentes. Geneva: Traduzido por Carlos C.F.Vidotti e Rogério Hoefler e Emília Vitória Silva
- OMS, 2003, Adherence to long-term therapies: Evidence for action
- PORTO SOLIDÁRIO – Diagnóstico Social do Porto, 2009

Muito obrigado!!!



Anexo VI

Plano de Intervenção da utente A

Utente A

Utente com 82 anos do sexo feminino, viúva atualmente a morar sozinha. Sem défice cognitivo e independente nas Atividades de Vida Diária e nas Instrumentais de Vida Diária.

Diagnósticos de Enfermagem	Dimensões do Diagnóstico	Intervenções	Indicadores de Processo	Resultados esperados
Gestão do Regime Medicamentoso comprometido -Por vezes deixa acabar a medicação - Por vezes não cumpre os horários da medicação -Dos 13 fármacos que toma 6 desconhece a sua ação -Já substituiu a medicação prescrita por outra que dava na televisão -Tem suporte escrito do Regime Terapêutico não atualizado -Acondicionamento dos fármacos em saco plástico desorganizado	Défice de conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso	-Informar sobre o Regime Medicamentoso, -Informar sobre os prescritores da medicação	-Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso -Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado -Nº de visitas domiciliárias	-Conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso demonstrado -Gestão do Regime Medicamentoso eficaz -Manter suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado -Substituição do saco por caixa para acondicionamento organizado da medicação
	Memória Comprometida	- Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso - Associar todos os fármacos do Pequeno-almoço numa única toma; - Associar a colocação e retirada do NITRO-DUR ao levantar e ao deitar, - Incentivar à compra antecipada do final da caixa atual		
	Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança	- Organizar caixa de Medicamentos em conjunto com a utente - Sugerir que a utente aquando da compra verifique/sugira que haja caixas diferentes para os fármacos que adquire		
	Consciencialização comprometida	-Confrontar face aos erros/omissões		

Não Adesão ao Regime terapêutico -Refere não querer ir à consulta de oftalmologia por ter medo de ficar cega; -Já substituiu a medicação prescrita por outra que dava na televisão; -Refere que se for ao médico é só para trazer mais medicamentos	Crenças Errónea de Saúde	-Explicar conceitos de marketing televisivo		Aproximação entre a utente e a Médica Medo Ausente Comparência em todas as consultas marcadas no período da intervenção Adesão ao Regime Terapêutico
	Medo presente	- Informar sobre a consulta de oftalmologia, -Informar sobre a cirurgia de remoção de cataratas		

Indicadores de resultado/Resultados obtidos

Gestão Regime Medicamentoso:

$$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$$

- Conhecimentos sobre o Regime medicamentoso:

$$\frac{\text{Nº de fármacos que conhece no final da intervenção}}{\text{Nº total de fármacos}} \times 100 (=) \frac{13}{13} \times 100 = 100\%$$

- Memória:

Nº de tomas efectivas da medicação ao longo das 2 últimas semanas após intervenção x 100 (=) 60 x 100 = 100 %

Nº total de tomas 60

e

Nº de compras de fármacos antes de terminar a medicação no período da intervenção x 100 (=) 3 x 100 = 100%

Nº de fármacos que terminam no período da intervenção 3

- Conhecimentos sobre medidas de segurança:

Nº de mudanças implementadas x 100 (=) 3 x 100 = 100%

Nº de mudanças propostas 3

- Consciencialização:

Nº de erros consciencializados pela utente x 100 (=) 2 x 100 = 100%

Nº de erros identificados 2

Não adesão ao Regime Terapêutico

- Crença errónea de saúde:

Nº de fármacos consumidos sem receita médica que deixou de tomar após a intervenção x 100 (=) 2 x 100 = 100 %

Nº de fármacos consumidos sem prescrição médica 2

- Medo:

$$\frac{\text{Nº de consultas de oftalmologia a que compareceu no período da intervenção}}{\text{Nº de consultas agendadas no período da intervenção}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100 \%$$

-Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso:

$$\frac{\text{Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

-Nº de visitas domiciliárias:

$$\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 (=) \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$$

Outros dados:

-Adquiriu a medicação antes das atuais caixas terminarem;

-Possui e mantém caixa de acondicionamento de fármacos organizada;

- Refere diminuição do medo que tinha e consentiu subter-se a cirurgia para remoção de catarata

Podemos com tudo isto dizer então que obtivemos ganhos em saúde com esta utente

Anexo VII
Regime Medicamentoso da utente A

Medicação da utente A

Fármaco e Dose	Para que tomo o Fármaco	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
EUTIROX 50µg	Tiróide	1 Comprimido 30 min antes do Pequeno Almoço				
NITRO-DUR 4,8mg	Coração	Aplicar de manhã e retirara à noite, ex: colocar as 9h e retirar às 21h)				
BISOPROLOL CONCOR 2,5mg	Coração	Metade do Comprimido				
LASIX FUROSEMIDA 40mg	Tensões	1 Comprimido				
DAFLON 500mg	Circulação das pernas	1 Comprimido			1 Comprimido	
BETA-HISTINA 24mg	Tonturas	1 Comprimido			1 Comprimido	
CARTIA 100 mg	Circulação				1 Comprimido	
PRAVASTATINA 20mg	Colesterol				1 Comprimido	
HALCION 0,25mg	Dormir					1 Comprimido SOS
PARACETAMOL 1GR	Dores	1 Comprimido SOS máximo 3x dia depois do Pequeno Almoço, Almoço, Jantar				
SERTRALINA 50mg	Antidepressivo	1 Comprimido				
LISINOPRIL 20mg	Tensões	1 Comprimido				

Anexo VIII

Plano de intervenção da utente B

Utente B

Utente com 82 anos do sexo feminino, divorciada atualmente a morar com dois filhos um neto e um bisneto. Sem défice cognitivo e independente nas Atividades de Vida Diária e parcialmente dependente nas Atividades Instrumentais de Vida Diária

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensões do Diagnóstico	Intervenções	Indicadores de Processo	Resultados esperados
Gestão do Regime Medicamentoso comprometido -Com frequência não cumpre os horários da medicação; -Quando se sente melhor/pior deixa de tomar a medicação “faz o seu próprio controlo” para não se habituar aos fármacos; -Não tem suporte escrito do Regime Medicamentoso, -Dos 9 fármacos que toma 7 desconhece a sua ação, -Toma 9 fármacos por 2 prescritores diferentes, já não sabendo por vezes quem prescreveu qual	Défice de conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso	-Informar sobre o Regime Medicamentoso, -Informar sobre os prescritores da medicação	-Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso	-Cumprimento do Regime Medicamentoso -Conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso demonstrados
	Memória comprometida	Associar as tomas da medicação aquando das principais refeições	-Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado	- Conheça os 9 fármacos que toma -Conhecer os sintomas de uma híper/hipoglicemia
	Consciencialização comprometida	-Confrontar face aos erros/omissões -Consciencializar para a auto gestão da medicação -Reforçar o benefício de uma alimentação saudável para o não agravamento das suas patologias - Reforçar os benefícios do controlo das pesquisas de glicemia e da tensão arterial -Reforçar a importância de comportamentos de procura de saúde -Reforçar a importância de uma alimentação saudável no controlo da diabetes e hipertensão arterial	-Existência de suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia capilar -Nº de visitas domiciliárias	-Manter suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado -Manter suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia capilar -Aproximação entre a utente e a Médica

<p>-Refere não querer ir às consultas para não querer tirar lugar a quem precisa e só vai ao médico “mesmo na última”;</p> <p>-Não realiza pesquisas de glicemia capilar porque só as faz quando se sente mal;</p> <p>-A alimentação que faz não contempla grelhados pois estes enchem a casa com fumo;</p>	<p>Não adesão ao regime medicamentoso</p>	<p>-Negociar autogestão da medicação</p> <p>- Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso</p>		<p>-Comparência nas consultas</p> <p>-Controlo e registo regulares das pesquisas de glicemia capilar,</p> <p>- Inicie uma alimentação saudável</p> <p>-Inicie Auto Gestão do Regime Medicamentoso</p>
<p>-Já teve um episódio de síncope devido a hipoglicemia identificado pelo INEM e recusou atendimento hospitalar</p> <p>- Não gere a sua própria medicação por achar ser uma perda de tempo quem prepara e gere a medicação é um dos filhos</p>	<p>Não adesão ao teste de diagnóstico</p>	<p>- Explicar os riscos de uma híper/hipoglicemia</p> <p>-Negociar início regular das pesquisas de glicemia</p> <p>- Fornecer suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia capilar</p>		<p>Início regular das pesquisas de glicemia</p>

Indicadores de resultado/Resultados obtidos

Gestão Regime Medicamentoso:

Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas x 100 (=) 2 x 100 = 40%

Nº de Dimensões do Diagnóstico 5

- Conhecimentos sobre o Regime medicamentoso:

Nº de fármacos que conhece no final da intervenção x 100 (=) 9 x 100 = 100%

Nº total de fármacos 9

- Memória:

Nº de tomas efectivas da medicação ao longo das 2 últimas semanas após intervenção x 100 (=) 40 x 100 = 89 %

Nº total de tomas 45

-Consciencialização:

Nº de erros consciencializados pela utente x 100 (=) 2 x 100 = 100%

Nº de erros identificados 2

- Adesão ao regime medicamentoso:

Nº de tomas que passou a gerir nas ultimas duas semanas após a intervenção x 100 (=) 15 x 100 = 33%

Nº total de tomas calendarizadas 45

e

Nº de fármacos que passou a tomar nas ultimas duas semanas após a intervenção x 100 (=) 120 x 100 = 100%

Nº total de fármacos calendarizados 120

-Adesão ao teste de diagnóstico:

Nº de pesquisas de glicemia passou a realizar nas ultimas duas semanas após a intervenção x 100 (=) 8 x 100 = 53%

Nº total pesquisas de glicemia calendarizadas 15

-Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso:

Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso realizadas x 100 (=) 3 x 100 =100%

Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso planeadas 3

-Nº de visitas domiciliárias:

Nº de visitas domiciliárias realizadas x 100 (=) 3 x 100 =50%

Nº de visitas domiciliárias planeadas 6

Outros dados:

-Refere ter vindo a cumprir com mais regularidade os horários da medicação;

- Afirma gerir a medicação do pequeno-almoço

- Afirma continuar só fazer as pesquisas de glicemia raramente

- Refere alteração do Regime Alimentar passando a contemplar mais vezes os cozidos e grelhados

Nesta utente apesar de não termos atingido os objetivos esperados na sua totalidade, podemos contudo afirmar que obtivemos ganhos parciais em saúde ao nível da Gestão do Regime Medicamentoso. Pois este diagnóstico encontra-se melhorado em 40%.

Das visitas domiciliárias agendadas apenas foram realizadas metade pois aquando das visitas agendadas a utente não quis abrir a porta e/ou ausentou-se do domicílio.

Para esta utente sugere-se continuidade das intervenções nomeadamente no que se refere a contínua procura de comportamentos de saúde.

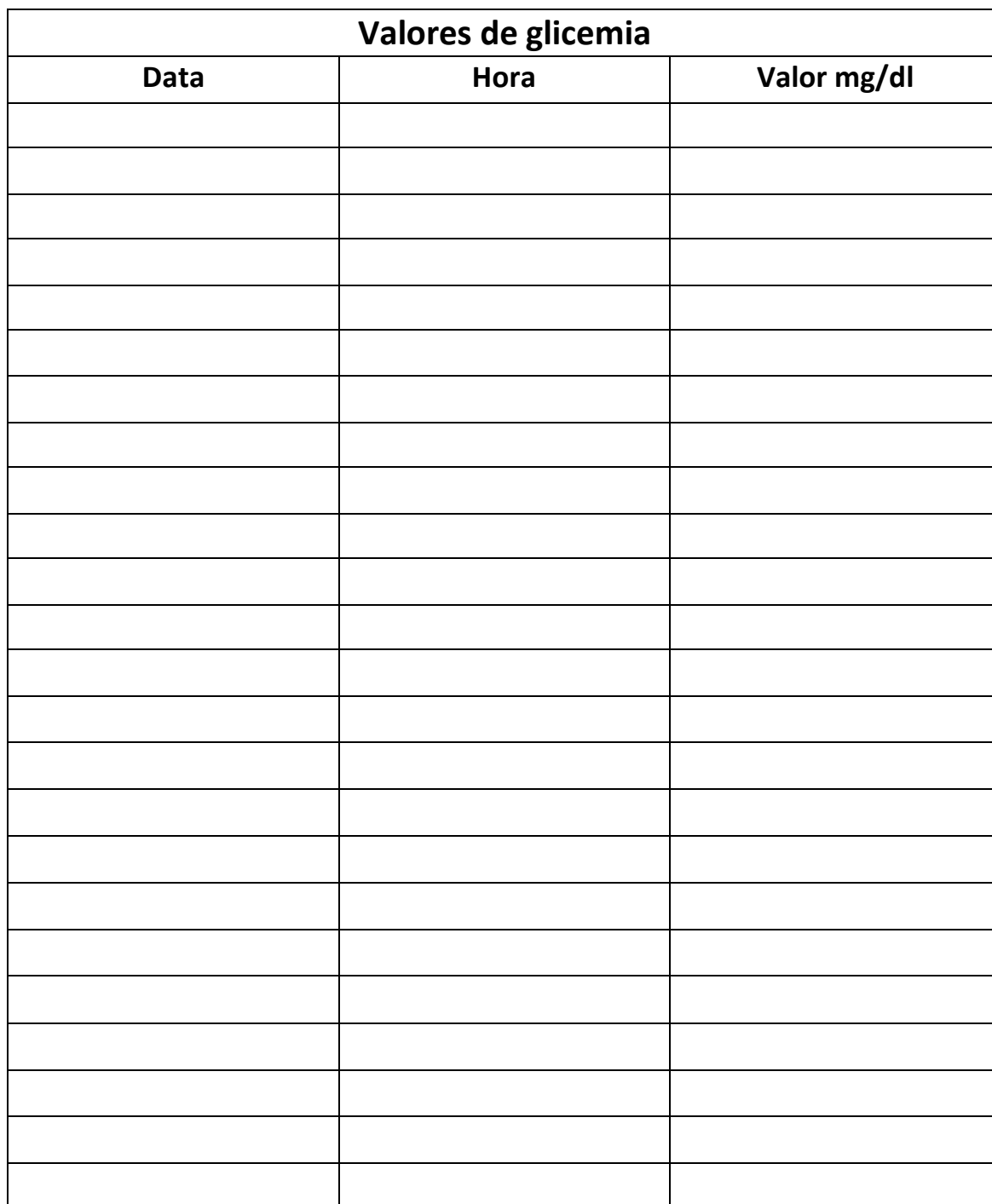
Anexo IX
Regime Medicamentoso da utente B

Medicação da utente B

Fármaco e Dose	Para que tomo o Fármaco	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
METFORMINA 1000mg	Diabetes	1 Comprimido			1 Comprimido	
LASIX 40mg	Diurético	1 Comprimido				
AMLODIPINA 10mg	Coração/Tensões	½ Comprimido				
SITAGLIPTINA 100mg	Diabetes	1 Comprimido				
ASPIRINA 100mg	Circulação		1 Comprimido			
ATORVASTATINA 20mg	Colesterol				1 Comprimido	
VARFINE 5mg	Sangue	Variável segundo esquema do controlo de sangue do Hospital São João				
DULCOLAX 5mg	Laxante					
PERINDOPRIL 8mg + INDAPAMIDA 2.5mg	TENSÕES	1 Comprimido				

Anexo X

Suporte escrito para o registo de glicemias capilares



Anexo XI

Plano de intervenção da utente C

Utente C

Utente com 76 anos do sexo feminino, viúva atualmente a morar como o filho e nora. Sem défice cognitivo e independente nas Atividades de Vida Diária e parcialmente dependente nas Instrumentais de Vida Diária.

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensões do Diagnóstico	Intervenções	Indicadores de Processo	Resultados esperados
Gestão do Regime Medicamentoso comprometido -OS fármacos encontram-se espalhados pela casa e misturados com os dos restantes familiares; -Não possui suporte escrito do Regime Terapêutico; - Por vezes não cumpre as tomas ou o horário da medicação - Por vezes deixa acabar a medicação, - Refere que a alimentação por vezes não é muito saudável e passa longos períodos sem comer por “se esquecer”; Dos 13 fármacos que toma 9 desconhece a sua ação, -Toma 13 fármacos por 3 prescritores diferentes, já não sabendo por vezes quem prescreveu qual;	Défice de conhecimentos sobre o Regime Medicamentoso	-Informar sobre o Regime Medicamentoso, -Informar sobre os prescritores da medicação	-Nº de Sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso -Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado -Existência de caixa organizadora de medicação -Nº de Visitações domiciliárias	-Gestão do regime medicamentoso eficaz; -Conhecimento demonstrado sobre o Regime Medicamentoso -Mantém suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado, -Mantém caixa individual organizada para acondicionamento e da medicação -Ausência de longos períodos sem ingestão de alimentos
	Memória Comprometida	-Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado -Colocar suporte escrito em sítio de boa visibilidade - Associar a alimentação (almoço e jantar) com a toma da medicação a horas certas		
	Défice de conhecimentos sobre medidas de segurança	- Organizar caixa individual de Medicamentos em conjunto com a utente		
	Consciencialização comprometida	-Confrontar face aos erros/omissões -Reforçar a necessidade de uma alimentação regular em complemento com o regime terapêutico - Reforçar a importância do cumprimento do Regime terapêutico		

Indicadores de resultado/Resultados obtidos

Gestão Regime Medicamentoso:

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{3}{4} \times 100 = 75\%$

- Conhecimentos sobre o Regime medicamentoso:

$\frac{\text{Nº de fármacos que conhece no final da intervenção}}{\text{Nº total de fármacos}} \times 100 (=) \frac{10}{13} \times 100 = 77\%$

- Memória:

$\frac{\text{Nº de tomas efectivas da medicação ao longo das 2 últimas semanas após intervenção}}{\text{Nº total de tomas}} \times 100 (=) \frac{60}{60} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Nº de compras de fármacos antes de terminar a medicação no período da intervenção}}{\text{Nº de fármacos que terminam no período da intervenção}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

- Conhecimentos sobre medidas de segurança:

$\frac{\text{Nº de mudanças implementadas}}{\text{Nº de mudanças propostas}} \times 100 (=) \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

-Consciencialização:

$\frac{\text{Nº de erros consciencializados pela utente}}{\text{Nº de erros identificados}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$

-Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso:

$$\frac{\text{Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

-Nº de visitas domiciliárias:

$$\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliárias planeadas}} \times 100 (=) \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

Outros dados:

Mais uma vez não atingimos a totalidade dos objetivos porém não deixamos de obter ganhos em saúde com esta utente uma vez que refere adquirir a medicação antes das atuais caixas terminarem e passou a conhecer 10 fármacos que toma de 13 face aos 9 que desconhecia no início da intervenção.

Refere também alteração do Regime alimentar para um mais saudável e refere também menos tempo sem comer entre as principais refeições e passou a associar as tomas da medicação aquando das três principais refeições

Anexo XII
Regime Medicamentoso da utente C

Medicação utente C

Fármaco/Dose	Para que tomo o Fármaco	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
ALPRAZOLAM 0,25mg	Sedativo					1 comprimido
NITROGLICERINA 5mg	Coração	Aplicar de manhã e retirara à noite, ex: colocar as 9h e retirar às 21h)				
ATORVASTATINA 20mg	Colesterol				1 comprimido	
AMLODIPINA 5mg	Coração/Tensões	1 comprimido				
CLOPIDOGREL 75mg	Circulação				1 Comprimido	
IVABRADINA 5mg	Coração	1 Comprimido			1 Comprimido	
NAPROXENO 500MG	Anti-Inflamatório		1 Comprimido SOS depois do Almoço			
TROMALYT 150 mg	Circulação		1 Comprimido			
NEBIVOLOL 5mg	Coração/Tensões	1 Comprimido				
PANTOPRAZOL 20mg	Estômago	1 Comprimido em jejum				
TRAMAL 37,5mg + PARACETAMOL 325mg	Dores	1 Comprimido SOS máximo 3x dia depois do Pequeno Almoço, Almoço, Jantar				
VENLAFAXINA 75mg	Antidepressivo	1 Comprimido				
NITROGLICERINA 0,5mg	Coração	1 Comprimido SOS debaixo da língua				

Anexo XIII

Plano de Intervenção do utente D

Utente D

Utente com 82 anos do sexo masculino, casado atualmente a morar com a esposa. Com disfunção cognitiva, ligeiramente dependente nas Atividades de Vida Diária e dependência severa nas Atividades Instrumentais de Vida Diária. A esposa é a sua prestadora de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Dimensões do Diagnóstico	Intervenções	Indicadores de Processo	Resultados esperados
Gestão do Regime Medicamentoso comprometido -OS fármacos encontram-se espalhados pela casa e misturados com os da prestadora de cuidados; -Não possui suporte escrito do Regime Terapêutico; - Refere que entre as refeições sempre que solicitado fornece a alimentação requerida,“ ele está sempre a comer que eu dou-lhe” -Refere não saber mexer nas lancetas, por isso às vezes não lhe pica o dedo - Valores de glicemia descontrolados	Défi ce de conhecimentos do prestador de cuidados sobre o Regime Medicamentoso	-Instruir sobre o funcionamento das lancetas, -Treinar o manuseamento das lancetas	-Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre a importância da alimentação no controlo da Diabetes	-Correta utilização das lancetas -Controlo dos valores de glicemia; -Pesquisas de glicemia regulares
	Défi ce de conhecimentos sobre medidas de segurança	-Organizar caixa individual de Medicamentos em conjunto com a prestadora de cuidados; -Fornecer suporte escrito do Regime Medicamentoso, -Fornecer suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia	-Nº de visitas domiciliares -Existência de suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado -Existência de suporte escrito para registo das pesquisas de glicemia	- Em caso de dúvida recorrer ao Centro de Saúde -Obter suporte escrito do Regime Medicamentoso atualizado
	Consciencialização comprometida	-Reforçar a necessidade de uma alimentação controlada no complemento do regime terapêutico	-Nº de pesquisas de glicemia realizadas e registadas corretamente pela prestadora de cuidados -Existência de caixa organizadora de medicação	-Caixa individual organizada para acondicionamento e da medicação -Diminuição da alimentação entre as principais refeições

Indicadores de Resultado/Resultados obtidos

Gestão Regime Medicamentoso:

$\frac{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico resolvidas}}{\text{Nº de Dimensões do Diagnóstico}} \times 100 (=) \frac{4}{4} \times 100 = 100 \%$

- Conhecimentos sobre o Regime medicamentoso:

$\frac{\text{Nº de pesquisas de glicemia realizadas corretamente nas ultimas duas semanas após intervenção}}{\text{Nº total de pesquisas de glicemia calendarizadas}} \times 100 (=) \frac{15}{15} \times 100 = 100\%$

- Conhecimentos sobre medidas de segurança:

$\frac{\text{Nº de mudanças implementadas}}{\text{Nº de mudanças propostas}} \times 100 (=) \frac{3}{3} \times 100 = 100\%$

-Consciencialização:

$\frac{\text{Nº de erros consciencializados pela utente}}{\text{Nº de erros identificados}} \times 100 (=) \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$

-Sessões individuais de educação para a saúde sobre a importância da alimentação no controlo da Diabetes:

$\frac{\text{Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso realizadas}}{\text{Nº de sessões individuais de educação para a saúde sobre o Regime Medicamentoso planeadas}} \times 100 (=) \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$

-Nº de visitas domiciliares:

Nº de visitas domiciliares realizadas x 100 (=) $\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$

Nº de visitas domiciliares planejadas 5

-Neste utente em conjunto com a prestadora de cuidados consegui alcançar os resultados esperados, pois verificou-se com a intervenção uma diminuição gradual dos valores de glicemia em jejum (avaliação inicial de 467mg/dl a 15/10/2014 para 199mg/dl a 4/11/2014).

A prestadora de cuidados manuseia corretamente as lancetas e refere alteração do padrão alimentar nomeadamente no acompanhamento das peças de furta ao lanche com duas bolachas e diminuição da alimentação fora das refeições, obtendo por isso ganhos em saúde.

Anexo XIV
Regime Medicamentoso do utente D

Medicação utente D

Fármaco e Dose	Para que tomo o Fármaco	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
CRESTOR 10mg	Colesterol				1 Comprimido	
LASIX 40mg	Diurético	¼ do Comprimido				
GLUCOBAY 50mg	Diabetes	1 Comprimido				
DONEPEZILO 10mg	Cabeça	1 Comprimido				
ASPIRINA 100mg	Circulação		1 Comprimido			

Anexo XV
Superfícies de Apoio



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Campanhã - Superfícies de apoio

Estágio Módulo III

Aluno: Ricardo Augusto Ramos Maia
Número:36055099

Porto, Dezembro de 2014



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Campanhã - Superfícies de apoio

Estágio Módulo III

Aluno: Ricardo Augusto Ramos Maia

Orientador: Professor Paulo Alves

Tutora: Enfermeira Vitória Leal

Porto, Dezembro de 2014

Abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEC- Especialização em Enfermagem Comunitária

UCC – Unidade de cuidados na comunidade

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SU- Superfície de Apoio

UP- Úlcera de pressão

ÍNDICE

1- Introdução	4
2- Úlceras de pressão e superfícies de apoio	5
3-Classificação das Superfícies de apoio	7
3.1- Superfícies de apoio reativas	7
3.2-Superfícies de apoio ativas	8
4-Carateristicas das Superfícies de apoio	9
5-Aspetos gerais acercadas superfícies de apoio	10
Conclusão	11
Bibliografia	12
 Anexo I- Norma de Superfícies de apoio para a ECCI de Campanhã	 14

1- INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado para a unidade curricular de Estágio Módulo III do 7º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária com vista a dar resposta a uma necessidade sentida pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Campanhã no que respeita à elaboração de uma norma para a recomendação das superfícies de apoio aos utentes por ela abrangidos.

A necessidade da elaboração desta norma prende-se com o facto de existir uma grande variedade de Superfícies de Apoio (SA), no que à prevenção das úlceras de pressão (UP) diz respeito criando assim algumas dúvidas entre os profissionais sobre a recomendação das SA mais adequadas a cada utente.

Com a elaboração deste trabalho segundo uma metodologia descritiva pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Conhecer as superfícies de apoio existentes no mercado;
- Aumentar conhecimentos sobre as superfícies de apoio;
- Identificar as principais vantagens e desvantagens da utilização das várias superfícies de apoio;
- Contribuir para a formação em serviço,
- Elaborar uma norma de recomendação de SA para a ECCI de Campanhã.

2- Úlceras de Pressão e as Superfícies de Apoio

A pele é o maior órgão do corpo humano, e tem como principais funções a proteção contra infecções, lesões, raios solares e possui um papel importante na regulação da temperatura corporal¹.

Na tentativa de justificar a temática a abordar primeiramente apresenta-se a definição de ferida segundo a CIPE: “*parte do corpo estruturalmente comprometida: lesão tecidular habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos, drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada.*”²

As úlceras de pressão sendo o principal tipo de ferida com que os enfermeiros da ECCI de Campanhã têm de lidar, apresenta-se então a definição deste tipo de ferida segundo a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), com sendo: “*a lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras de pressão também estão associados factores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido*”³.

Segundo a NPUAP/ EPUAP as úlceras de pressão podem ainda classificar-se como³:

- Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta
- Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena
- Categoria III: Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível)
- Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

1- Rod Seeley, Trent Stephens e Philip Tate, Anatomia e Fisiologia, 2005, 6ª edição, Lusociência

2- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão 2011 Ordem dos Enfermeiros, Lisboa p.53.

3- NPUAP/ EPUAP (2009) Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção

Assim sendo as superfícies de apoio vão funcionar como medida preventiva no aparecimento ou agravamento de UP a par de outros fatores muito importantes já conhecidos como sendo por exemplo a alternância dos posicionamentos, mas também a hidratação, o estado nutricional e a presença ou não de doença associada.

Importa então agora clarificar o conceito de superfície de apoio. Para a NPUAP superfícies de apoio são definidas como: *“um dispositivo especializado para redistribuição de pressão concebida para gestão de cargas tecidulares, microclima, e/ou outras funções terapêuticas (por exemplo, colchões, sistema integrado de cama, colchão de sobreposição, almofada de cadeira ou almofada de sobreposição)”*⁴.

Posto isto, os fatores que podem contribuir para a formação de UP podem ser divididos em fatores intrínsecos e/ou extrínsecos, sendo que as SA apenas contribuem no controlo ou minimização dos efeitos dos fatores extrínsecos:⁵

- Pressão;
- Fricção;
- Forças de torção,
- Microclima.

Desengane-se o facto de utilizar uma SA substitui a alternância nos posicionamentos frequentes, pois estas apenas consoante a sua especificidade para aquele utente, podem contribuir para a redução da frequência na alteração dos decúbitos.⁵

4- NPUAP (2007): Terms and definitions related to Support Surfaces Standards Initiative. Terms and Definitions Related to Support Surfaces

5- Prevenção e tratamento de Feridas – Da Evidencia à Prática, Primeira edição Novembro 2014

3- Classificação das Superfícies de Apoio

Segundo a NPUAP/EPUAP as superfícies de apoio distinguem-se em duas categorias funcionais mediante o seu principal método de redistribuição da pressão.

Assim temos Superfícies reativas e Superfícies ativas. Dentro de cada uma delas temos como exemplo então⁵:

3.1- Superfícies de apoio reativas

As superfícies de apoio reativas reduzem a pressão por redistribuição da carga fazendo aumentar a superfície de contacto e englobam superfícies de:

- Espumas:
- Gel:
- Contendo ar;
- Camas de baixa perda de ar,
- Ar fluidizado.

No que respeita às superfícies reativas compostas por espumas, por exemplo os colchões de espuma básicos são semelhantes aos comumente utilizados nas unidades de saúde.

Por outro lado os colchões de alta especificação, compostos por camadas de diferentes densidades de espuma ou de espuma viscoelástica, devem ser recomendados a utentes com baixo risco de vir a desenvolver úlceras de pressão⁵.

Uma ressalva há a fazer, pois com o uso e o passar do tempo, a espuma degrada-se e vai perdendo rigidez.

Relativamente às superfícies de gel ou de ar, estas são superfícies que englobam compartimentos ou colunas cheias de gel ou de ar, onde o grau de imersão e envolvimento proporcionados dependem da pressão do gel ou do ar nos compartimentos e da profundidade destes⁵.

No que respeita às superfícies de apoio de ar fluidizado⁵, proporcionam a maior capacidade de imersão e envolvimento.

Estas superfícies são as que mais proporcionam um ambiente seco e poderão ser recomendadas a utentes com úlceras de pressão de categoria III/IV, e com queimaduras.

Posto isto importa clarificar dois conceitos fundamentais, sendo eles envolvimento e imersão. Assim envolvimento refere-se à forma como a SA consegue moldar-se aos contornos do corpo, bem como a acomodação que faz às áreas irregulares. Por outro lado imersão refere-se à capacidade da SA permitir o afundamento do utente na mesma.⁵

3.2- Superfícies de apoio ativas

As superfícies de apoio ativas redistribuem a pressão por insuflação/desinsuflação e normalmente exigem energia eléctrica. Estas superfícies são normalmente constituídas por⁵:

- Células;
- Colunas;
- Almofadas

No que se refere às SA ativas existem poucas restrições no seu uso, para além das fraturas instáveis, principalmente da coluna vertebral⁵.

Porém, no que aos colchões de pressão alterna diz respeito, a NPUAP/EPUAP³ recomendam que não utilizem SA sendo os colchões ou as coberturas de células inferiores a 10cm, pois não conseguem insuflar ar suficiente para aliviar a pressão sobre as células que se encontram desinsufladas. Uma outra limitação destes dispositivos advém do facto de não ser possível a substituição das células danificadas.

Assim estes dispositivos distribuem a pressão adaptando o peso do utente às diferentes áreas de contacto⁶.

6- BARANOSKI, Sharon e AYELLO, Elizabeth A.(2004) – O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta.

4- Características das superfícies de apoio

A superfície de apoio ideal deve permitir^{5,6}:

- Imersão;
- Envolvimento;
- Controlar a temperatura;
- Controlar a humidade;
- Controlar propagação de infeções;
- Reduzir a fricção,
- Proporcionar conforto.

O objetivo das SA será sempre por isso de através das densidades dos diferentes materiais utilizados nas superfícies, permitirem moldarem-se e adaptarem-se às proeminências ósseas dos utentes⁵.

Para a mais acertada escolha relativa à SA em cada situação há ainda outros fatores de igual importância quando chega a hora de recomendar a utilização de qualquer SA, assim sendo⁷:

- O estado clínico do utente;
- O tamanho e peso do utente;
- O grau de mobilidade;
- O tipo de cuidados prestados ao utente,
- Os custos do equipamento.

7-Thompson, P (2008): Support Surfaces: Definitions and utilization for patient care. Advances in skin & wound care, volume 21 nº 6

5- Aspetos gerais acerca das superfícies de apoio:

Para além do que foi já mencionado importa também ainda fazer referência a algumas importantes considerações que devem pesar na utilização das SA, assim sendo temos³:

- ✓ A prevenção em indivíduos em risco deve ser realizada de forma contínua e pelo tempo em que se mantêm em risco;
- ✓ Não devemos basear a selecção da superfície de apoio unicamente no nível de risco percebido ou na categoria da úlcera de pressão;
- ✓ Antes de usar uma superfície de apoio verifique que ela se encontra dentro do tempo de vida útil de acordo com as indicações específicas recomendadas pelo fabricante;
- ✓ Não existe evidência da superioridade de uma espuma altamente específica sobre uma outra com as mesmas características;
- ✓ Deve ser usada uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão quando não é possível o reposicionamento manual frequente;
- ✓ Tanto os colchões de sobreposição dinâmicos como os colchões de substituição têm similar eficácia em termos de incidência das úlceras de pressão;
- ✓ Os dispositivos de protecção dos calcâneos devem elevá-los completamente de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles, deixando o joelho em ligeira flexão;
- ✓ Inspeccionar regularmente a pele dos calcâneos;
- ✓ Usar superfícies de apoio para prevenir as úlceras de pressão, enquanto na posição de sentado;
- ✓ Deve ser evitado o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou donut e luvas cheias de água.
- ✓ A pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as úlceras de pressão.

No final desta pesquisa surge a elaboração da norma para as SA com vista a responder a uma das necessidades da ECCI, encontrando-se assim no anexo (I) deste trabalho.

6- Conclusão

A realização deste documento permitiu-me desenvolver novos conhecimentos que vão ser fundamentais na minha futura prática clínica, nomeadamente no que à utilização e recomendação de superfícies de apoio diz respeito.

A utilização de superfícies de apoio não substitui a frequente alternância dos decúbitos do utente, bem como a escolha destas SA não deve ser feita apenas tendo em conta o risco de o utente vir a desenvolver uma UP.

Com as pesquisas e a elaboração da norma para a ECCI de Campanhã segundo os seus modelos penso ter atingido os objetivos a que me propus com esta atividade.

7- Bibliografia

- ✓ Baranoski, Sharon e Ayello, Elizabeth A.(2004) – O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta;
- ✓ Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão 2011 Ordem dos Enfermeiros, Lisboa p.53;
- ✓ NPUAP (2007): Terms and definitions related to Support Surfaces Standards Initiative. Terms and Definitions Related to Support Surfaces;
- ✓ NPUAP/ EPUAP (2009) Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção;
- ✓ Rod Seeley, Trent Stephens e Philip Tate, Anatomia e Fisiologia, 2005,6ª edição, Lusociência;
- ✓ Prevenção e tratamento de Feridas – Da Evidencia à Prática, Primeira edição Novembro 2014,
- ✓ Thompson, P (2008): Support Surfaces: Definitions and utilization for patient care. Advances in skin & wound care, volume 21 nº 6.

Anexo I

Norma de superfícies de apoio
para a ECCI de Campanhã

Código:	Procedimento nº:1 Procedimento para Superfícies de apoio	UCC de Campanhã
Data: Dezembro 2014		
Edição: nº 1		
Revisão nº:		
Âmbito: Todos os enfermeiros da ECCI		
Definição: Para a NPUAP (<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>), superfícies de apoio são definidas como: “um dispositivo especializado para redistribuição de pressão concebida para gestão de cargas tecidulares, microclima, e/ou outras funções terapêuticas (por exemplo, colchões, sistema integrado de cama, colchão de sobreposição, almofada de cadeira ou almofada de sobreposição)”. Objetivos: Reduzir a taxa de incidência de úlceras de pressão Reduzir a prevalência de úlceras de pressão Promover conforto físico e psicológico ao utente Frequência: Sempre que o utente tenha qualquer restrição de mobilidade e por isso permaneça por longos períodos na mesma superfície, devendo ser adequada a cada utente. Orientações quanto às intervenções: Avaliar sempre primeiramente: - A história clínica do utente; - A mobilidade do utente, - Os cuidados a prestar ao utente, -O custo dos equipamentos. Sempre que necessário, incentivar, ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados no que respeita à forma de posicionar bem como a sua frequência de acordo com as necessidades do utente e que este ao alternar a posição seja levantado e não arrastado. A prevenção em indivíduos em risco deve ser realizada de forma contínua e pelo tempo em que se mantêm em risco. A seleção da superfície de apoio não deve ser realizada apenas tendo em conta nível de risco percebido ou na categoria da úlcera de pressão. Verificar sempre nas indicações do fabricante se a superfície de apoio se encontra dentro do tempo de vida útil.		
Rua Matias Albuquerque nº 263, 4350-317- Porto		Telefone: 225370080 E-mail: ucccampanha@cscampanha.min-saude.pt

Utentes com elevado risco de desenvolver úlceras de pressão devem utilizar superfícies de apoio estáticas ou dinâmicas.

Em utentes onde não é possível alternância frequente do posicionamento, com alto risco de desenvolver úlceras de pressão sugerir o uso de uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou sobreposição). De preferência de “células grandes”, com diâmetro superior a 10cm.

Em caso de longos períodos de repouso no leito os calcâneos devem ser protegidos, elevando-os de forma a redistribuir o peso para que não exerça pressão sobre o tendão de Aquiles.

Todos os colchões e almofadas devem ter uma capa impermeável pois garante proteção contra fluidos externos. Em casos em que a capa não esteja íntegra, esta deve ser trocada com a maior brevidade possível.

Desaconselhar o uso de pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou donut e luvas cheias de água.

Aconselhar de preferência a aquisição de colchões viscoelásticos

Elaborado por:	Ricardo Maia (7º Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária 2014/2015)
Aprovado	
Homologado	
Próxima revisão	